



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISEMINEN KOTIHOIDOSSA

Riskiarviotaulukko arvioinnin tukena

Alina Ryhänen

Jenni Tuovila

Opinnäytetyö
Lokakuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

RYHÄNEN, ALINA & TUOVILA, JENNI:
Painehaavan ennaltaehkäiseminen kotihoidossa
Riskiarviotaulukko arvioinnin tukena

Opinnäytetyö 43 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Lokakuu 2017

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä kotihoidon työntekijöiden, sekä asiakkaan että omaisten tietoutta painehaavojen riskitekijöistä ja arvioinnista tuotoksen avulla. Toisena tavoitteena oli syventää tietoutta painehaavoille altistavista tekijöistä ja niiden arvioinnista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä riskiarviotaulukko painehaavojen ennaltaehkäisyyn kotihoidon työntekijöiden sekä asiakkaiden ja omaisten käyttöön. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Tampereen kaupungin kotihoito. Opinnäytetyön tehtävänä oli vastata kysymyksiin mitkä ovat painehaavojen riskitekijät, miten painehaavojen syntyä voidaan ennaltaehkäistä ja minkälainen on kotihoitoon suunnattu painehaavojen riskiarviotaulukko.

Opinnäytetyö toteutettiin tuotokseen painottuvana opinnäytetyönä, jonka sisältö pohjautuu tutkittuun tietoon. Painehaavojen riskiin vaikuttavat potilaan ravitsemus, fyysinen toimintakyky, ihon kunto, verenkiertoon vaikuttavat tekijät, ikääntyminen ja lihavuus. Painehaavoja voidaan ennaltaehkäistä painehaavojen riskiarvioinnilla, jossa arvioidaan ihoa, ravitsemustilaa sekä asentohoidon ja apuvälineiden tarvetta. Kotihoidolle ominaista on kiire ja vaihtelevat kotikäyntiajat, joten painehaavojen riskiarviotaulukon täytyy olla yksinkertainen ja nopea käyttää. Näihin tietoihin perustuen muodostettiin opinnäytetyön tuotos.

Painehaavojen riskiarviotaulukon avulla voidaan kiinnittää huomiota painehaavojen riskitekijöihin, mikä johtaa mahdollisiin ennaltaehkäiseviin toimiin. Lisäksi painehaavojen riskiarviotaulukko tuo lisätietoa kotihoidon työntekijöille, kotihoidon asiakkaille ja heidän omaisilleen painehaavojen riskitekijöistä. Kehittämisehdotuksena esitetään painehaavojen riskiarviotaulukon lisäksi tehtäväksi tuotos, jossa ilmenevät painehaavan ennaltaehkäisyn toimet. Toiseksi kehittämisehdotukseksi esitetään kotihoidon työntekijöille suunnattua opasta tai koulutusta, jossa lisätään hoitajien tietoutta painehaavojen riskitekijöistä ja ennaltaehkäisystä.

Asiasanat: painehaava, riskitekijät, ennaltaehkäisy, kotihoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

RYHÄNEN, ALINA & TUOVILA, JENNI:
The Prevention of Pressure Ulcer at Home Care
The Risk Assessment Table as Support of the Evaluation

Bachelor's thesis 43 pages, appendices 2 pages
October 2017

The purpose of this thesis was to create a risk assessment tool for preventing pressure ulcers at the home care unit of the city of Tampere. The objective of this study was to increase information of pressure ulcers risk factors and estimate risk factors with a risk assessment tool. The second objective of this study was to get more knowledge on risk factors of pressure ulcers and how to estimate risk of getting pressure ulcer. The task of this study was to find out the risk factors of pressure ulcers, tools how to prevent them and to develop a risk assessment tool for the home care.

This thesis is an output based on theoretical input of scientific research. The risk assessment table is built on four different risk factors that cause pressure ulcers. The risk factors that have been studied in this thesis are divided in four main categories: physical activity, nutrition, condition of skin and other influencing factors. The characteristics of home care are considered in the perception of the risk assessment table.

The result of this thesis is a risk assessment table for home care. The risk assessment table can be used in home care to prevent pressure ulcers. The table is simple, easy to read and based on questions. The risk assessment table is a useful and a practical tool to be used in home care.

Key words: pressure ulcer, risk factors, prevention, home care

SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE | 6 |
| 3 | TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT | 7 |
| 3.1 | Kotisairaanhoido ja kotihoito | 7 |
| 3.2 | Painehaava ja riskitekijät | 10 |
| 3.2.1 | Fyysinen toimintakyky ja sen mittaaminen..... | 12 |
| 3.2.2 | Ravitsemus | 14 |
| 3.2.3 | Iho ja siihen liittyvät tekijät..... | 16 |
| 3.2.4 | Verenkierto..... | 18 |
| 3.2.5 | Ikääntyminen..... | 19 |
| 3.2.6 | Lihavuus | 20 |
| 3.3 | Painehaavan ennaltaehkäisy | 21 |
| 3.3.1 | Painehaavariskin arviointi..... | 22 |
| 3.3.2 | Ihon arviointi ja hoito..... | 23 |
| 3.3.3 | Ravitsemushoito..... | 24 |
| 3.3.4 | Asentohoito ja apuvälineet..... | 25 |
| 3.4 | Painehaavan riskiarviotaulukko | 27 |
| 4 | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN | 29 |
| 4.1 | Tuotokseen painottuva opinnäytetyö | 29 |
| 4.2 | Opinnäytetyön prosessi | 29 |
| 4.3 | Tuotoksen kuvaus | 32 |
| 5 | POHDINTA..... | 35 |
| 5.1 | Eettisyys ja luotettavuus | 35 |
| 5.2 | Johtopäätökset ja kehittämisetukset..... | 36 |
| | LÄHTEET | 38 |
| | LIITTEET | 42 |
| | Liite 1. Painehaavan riskitekijöiden arviointitaulukko kotihoidossa | 42 |

1 JOHDANTO

Painehaava on paikallinen vaurio iholla tai sen alla olevassa kudoksessa, minkä on aiheuttanut paine, kudoksen venyttyminen tai hankaus (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2011). Pitkittynyt hapenpuute kudoksessa aiheuttaa kudsvaurion, joka yleensä syntyy kehon luisten ulokkeiden kohdalle (Kortekangas-Savolainen & Rantanen 2016). Painehaavalle altistavia tekijöitä ovat liikkumattomuus tai vähäinen liikkuminen, huono ravitsemustila, ihon kosteuden lisääntyminen ja yleinen terveydentila (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2014).

Painehaavojen ennaltaehkäisy on taloudellisesti kannattavin menetelmä painehaavaongelman ratkaisuun (Soppi 2010). Painehaavojen ennaltaehkäisyssä on tärkeää arvioida painehaavariskiä sekä poistaa tai minimoida paineen ja hankauksen kohdistuminen kudokseen (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015). Riskitekijöiden rakenteellinen lähestymistapa, kuten riskiarviointimittarin käyttäminen, on luotettava keino arvioida kliinisen tarkastelun yhteydessä potilaan riskiä saada painehaava (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2014). Tehostetussa kotihoidossa painehaavoja esiintyy jopa 22,5 %:lla potilaista (Soppi 2014).

Kotisairaanhoidon palvelut ovat tarkoitettu tukemaan potilaan kotona selviytymistä tarjoamalla apua jokapäiväiseen elämään kuuluvien toimien suorittamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.). Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään mitä kotisairaanhoidon palveluihin kuuluu ja ketkä voivat saada kotisairaanhoidon palveluja. Terveysministeriön laki (1326/2010) määrää kunnan velvollisuudeksi järjestää asukkailleen kotisairaanhoidoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kotihoidon palveluympäristöön soveltuva painehaavojen riskiarviointitaulukko, jota voivat käyttää kotihoidon työntekijät, kotihoidon asiakkaat ja heidän omaisensa. Opinnäytetyö antaa meille terveysalan opiskelijoille mahdollisuuden syventää tietoa painehaavojen ennaltaehkäisemisestä ja arvioinnista. Ennaltaehkäisy on sekä potilaan näkökulmasta että taloudellisesti tarkasteltuna hoitoalan ammattilaisen näkökulmasta paras ratkaisu painehaavaongelman hoitoon. Tulevina sairaanhoitajina voimme käyttää syventämäämme tietoa painehaavojen riskitekijöistä työskennellessämme niin sairaalaympäristössä kuin avoterveydenhuollon puolella.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä riskiarviotaulukko painehaavojen ennaltaehkäisyyn kotihoidon työntekijöiden sekä asiakkaiden ja omaisten käyttöön.

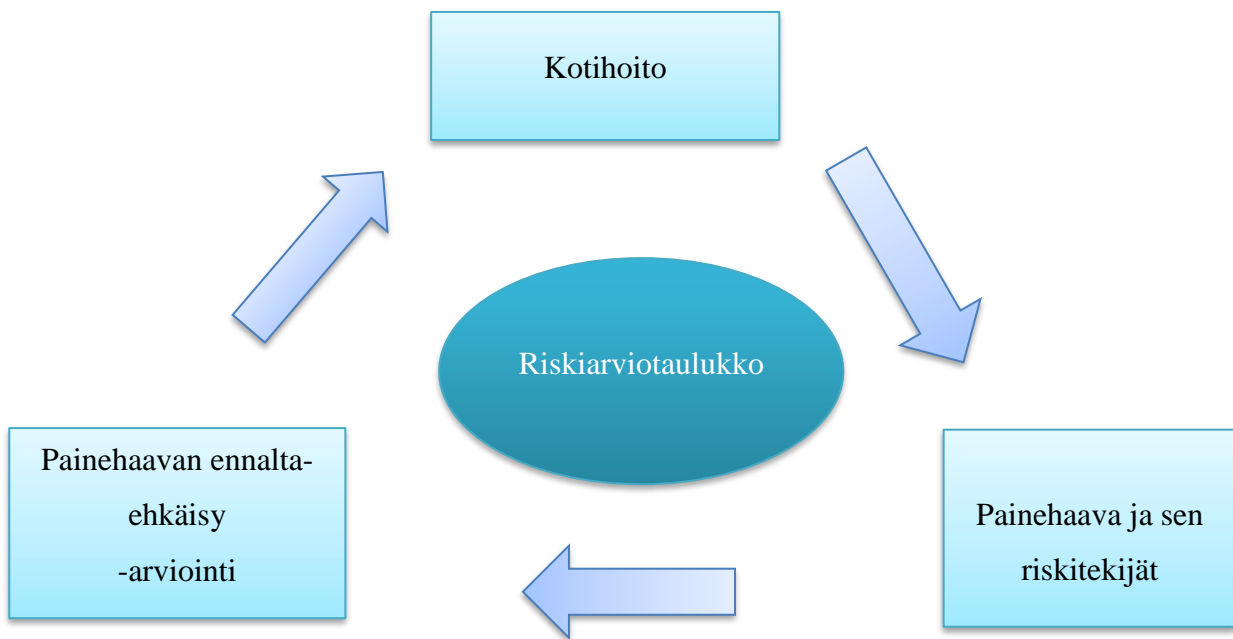
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitkä ovat painehaavojen riskitekijät?
2. Miten painehaavojen syntyä voidaan ennaltaehkäistä?
3. Minkälainen on kotihoitoon suunnattu painehaavojen riskiarviotaulukko?

Tavoitteena on lisätä kotihoidon työntekijöiden, kotihoidon asiakkaan ja heidän omaistensa tietoutta painehaavojen riskitekijöistä ja arvioinnista tuotoksen avulla. Lisäksi toisena tavoitteena on syventää tietoutta painehaavoille altistavista tekijöistä ja niiden arvioinnista.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyö on toiminnallinen, jonka päämääränä on tuottaa tuotos. Opinnäytetyön teoreettisissa lähtökohdissa keskeisin käsite on painehaavojen riskiarviointitaulukko eli opinnäytetyön tuotos. Opinnäytetyön muita keskeisiä aiheita ovat kotisairaanhoito ja kotihoito, painehaava ja sen riskitekijät sekä painehaavojen ennaltaehkäisy. Teoreettiset lähtökohdat on esitetty alla olevassa kuviossa 1.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat opinnäytetyössä ”Painehaavojen ennaltaehkäisy kotihoidossa”.

3.1 Kotisairaanhoito ja kotihoito

Kotisairaanhoidon palvelut ovat tarkoitettu tukemaan kotona selviytymistä (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.). Kotihoidon määrittävät sosiaalihoitolain (1301/2014) pykälä 19 kotipalveluista ja terveydenhuoltolain (1326/2010) pykälä 25 kotisairaanhoidosta. Sosiaalihoitolain mukaan ”kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista.”

(Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.) Ateriat-, vaatehuolto- ja siivouspalvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut ovat myös kotipalveluun sisältyviä tukipalveluja. (Sosiaalihuoltolaki 1310/2014).

Terveydenhuoltolaki määrää kunnan velvollisuudeksi järjestää asukkaille kotisairaanhoidoa. Kotisairaanhoido voi perustua hoito- ja palvelusuunnitelmaan tai olla tilapäistä. Hoitoa toteutetaan kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettuna. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Kotipalveluja voivat saada ikäihmiset, vammaiset ja sairaat tai alentuneen toimintakyvyn omaavat henkilöt (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.). Kotipalvelu tukee ja auttaa kotona arkipäivän askareissa ja henkilökohtaisissa toiminnoissa sekä seuraa asiakkaan vointia ja antaa ohjausta palveluihin liittyvissä asioissa (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.). Kotisairaanhoido huolehtii terveyden- ja sairauden hoidosta, kuten lääkehoidon järjestämisestä ja seurannasta, hoitotoimenpiteistä ja terveydentilan seurannasta (Ikäihmisten palvelujen lautakunta 2016, 3).

Kotihoidon asiakkaille luodaan toimintakyvyn arvioinnin tuloksien ja asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen arvioinnin perusteella yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka tavoitteena on varmistaa palvelujen laatu ja kohdentaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.; Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas & Noro 2006, 19; Ikäihmisten palvelujen lautakunta 2016, 5). Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan kunnan ja asiakkaan kanssa. Suunnitelman toteutumista seurataan ja tarkistetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.) Palvelusuunnitelmaa tehtäessä tulee huomioida myös omaisten osuus hoidossa. On tärkeää huomioida, että kaikilla kotihoidon asiakkailla ei ole omaisia. Aktiivisten omaisten huomioiminen ja hyödyntäminen asiakkaan palveluja suunnitellessa on kannattavaa, joskin omaisten osallistuminen hoitoon on aina vapaaehtoista. (Ikonen 2015, 40–41.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2016b) tekemän katsauksen mukaan Suomessa säännöllisen kotihoidon palveluja käytti vuoden 2015 marraskuussa 73 278 asiakasta. Säännöllinen kotihoito tarkoittaa, että laskentakauden aikana kotihoito on käynyt joko hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti tai käyntejä on säännöllisesti vähintään kerran viikossa. Tampereella säännöllisen kotihoidon piirissä olevien kotihoidon asiakkaiden lukumäärä vuoden 2015 marraskuussa oli 2598, joista 85 vuotta täyttäneitä oli 1080. Toiseksi suurin ikäryhmä on 80-84-vuotiaat, joita oli vuoden 2015 marraskuussa 617. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.) Yleisesti suurin osa kotihoidon asiakkaista on

75 vuotta täyttäneitä huonokuntoisia ikäihmisiä, joilla on useita sairauksia ja joiden toimintakyky on heikentynyt (Ikonen 2015, 42–43).

Tampereen kaupungin järjestämien kotihoidon palvelujen myöntämisessä noudatetaan kaupungin ikäihmisten palvelujen lautakunnan vahvistamia kriteerejä. Kriteerit luovat mallin, jonka mukaan kotihoidon palveluja voidaan kohdistaa henkilöille, jotka tarvitsevat runsaasti tukea jokapäiväisiin toimintoihin kotona. Jokapäiväisiin toimintoihin kuuluvat esimerkiksi pukeutuminen, vuoteeseen meno ja asunnossa liikkuminen. Säännöllisen kotihoidon palveluja voivat saada yli 18-vuotiaat tamperelaiset, jotka eivät itsenäisesti tai omaisten avustuksella selviä kotonaan ilman terveydenalan ammattilaisen avustusta. Lisäksi säännöllisen kotihoidon palveluja voivat saada ne henkilöt, jotka tarvitsevat kotihoidon tai kotisairaanhoidon palveluja runsaasti ja säännöllisesti. Säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvat asiakkaat, jotka käyttävät kotihoidon palveluja vähintään kerran viikossa. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 61; Ikäihmisten palvelujen lautakunta 2016, 3.)

Kotihoidossa voi työskennellä hyvinkin moniammatillinen työryhmä lähi-, perus- ja sairaanhoitajista fysioterapeutteihin, sosiaalialan työntekijöihin kuin geronomeihin. Opin näytetyössä tarkastellaan sekä lähihoitajien että sairaanhoitajien työnkuvaa, joten jatkossa työssä käytetään näistä yhteisnimitystä ”hoitaja”. Kotihoidon työnkuva voi olla hoitajalle laaja-alainen ja monipuolinen. Hoitajan täytyy tuntea sosiaali- ja terveysalan palvelut ja toimintatavat sekä olla yhteistyökykyinen eri toimijoiden kanssa. Hoitaja seuraa asiakkaan terveydentilaa ja erilaisten sairauksien oireita, joihin hän reagoi ja järjestää tarvittavat toimet terveydentilan turvaamiseksi. (Ikonen 2015, 172–173, 176–177.)

Kotihoidolle ominainen työmenetelmä ovat kotikäynnit. Kotikäynnit tulisi sijoittaa tasaisesti työpäivään ja eri käyntitarkoituksen mukaan. Kotikäynteihin kuluva aika voi vaihdella asiakkaasta ja hoito- ja palvelusuunnitelmasta riippuen. Kotikäynti voi kestää lyhyen aikaa tai kokonaisen työvuoron. Käyntijärjestys voi määräytyä tiettyjen hoitotoimenpiteiden mukaan, esimerkiksi aamuinsuliinin annostelu ensimmäisenä käyntinä aamuvuorossa tai infektoituneen haavan hoito viimeisenä kotikäyntinä. Hoitotoimien tekeminen kotiympäristössä vaatii hoitajalta sopeutumiskykyä ja kekseliäisyyttä, koska kodeissa voi olla paljon puutteita hoidon toteuttamisen kannalta. (Ikonen 2015, 161–163.)

Johan Groopin (2014) mukaan väestön nopea ikääntyminen tulee vaikuttamaan heikentävästi kotihoidon palvelujen tarjoamiseen ja laatuun, jos nykyistä toimintamallia ei muuteta. Kotihoidon työympäristölle ominaista on kiire, joka syntyy asiakaspaikkojen korkeasta lukumäärästä ja välimatkalle kuluva ajasta. Kotikäynnille varattava aika riippuu asiakkaan toimintakyvystä ja tarpeista. (Ikonen 2015, 178, 187.) Kotihoidon välittömien asiakastuntien ruuhkautuminen aiheuttaa monenlaisia ongelmia ja haasteita sekä työntekijöille että työnantajille. Esimerkiksi ruuhkahuippu aamuvuoron kolmelle ensimmäiselle tunnille määrittää hoitajatarpeen koko työvuorolle, vaikka iltapäivällä välitön työaika laskee. Ruuhkahuiput luovat kiireen tunteen, mikä lisää työntekijän kuormitusta ja heikentää työhyvinvointia. Ruuhkahuiput lisäävät myös sijaisten käytön tarvetta. Ruuhkahuipusta johtuva kiire ja työntekijöiden suuri vaihtuvuus taas heikentävät kotihoidon palvelujen laatua. (Groop 2014, 7, 11–13, 39.) Tampereen kaupungin teettämässä kotihoidon tyytyväisyyskyselyssä ilmeni asiakkaiden tyytymättömyys hoitajien kotikäyntiaikaan. Asiakkaiden mielestä hoitajilla on liian kiire käynneillä ja hoitajien vaihtuvuus on liian suurta. (Tampereen kaupunki 2016, 23–24.)

3.2 Painehaava ja riskitekijät

Euroopan painehaava- asiantuntijaneuvosto, European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) määrittelee painehaavan paikalliseksi vaurioksi iholla tai sen alla olevassa kudoksessa, jonka on aiheuttanut paine, venyminen tai hankaus yhdessä tai erikseen (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2014, 11). ”Lääketieteellisesti painehaavaa kutsutaan myös makuuhaavaksi ja painehaavaumaksi, joka on pitkäaikaisen puristuksen aiheuttamasta verenkiertohäiriöstä johtuva ihon tai ihoaliskudoksen haavauma.” (Terminologian tiedokannat 2016.)

Painehaava syntyy, kun paine kohdistuu liian kauan jollekin ihoalueelle. Kriittinen aika kudosisvaurion syntymiseksi vaihtelee puolesta tunnista noin neljään tuntiin, jonka jälkeen terveessäkin kudoksessa alkaa syntyä muutoksia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 302–303.) Toisaalta jokaisella ihmisellä on yksilöllinen vauriokynnys, eli missä ajassa kudoksissa aiheutuu fysiologisia ja kemiallisia muutoksia (Soppi 2016).

Ratkaisevassa asemassa kudosvaurion muodostumisessa on pitkittynyt hapenpuute. Tavallisesti painehaava syntyy ihoon ja sen alla olevaan kudokseen, jotka ovat luu-ulokkeiden kohdalla, kuten ristiselkään, lonkkiin, pakaroihin ja kantapäihin. Paineen vaikutuksesta ihokohtaan muodostuu punoitus, jonka jälkeen kudoksiin tulee turvotusta, ja lopulta iho rikkoutuu. (Juutilainen & Hietanen 2012, 300–303; Lumio 2016.) Ihorikon kehittyessä voi syntyä vaikeasti hoidettava syvä haava, jonka reunat ovat koholla. Haavaan tulee usein myös bakteeri-infektio. Hoitamattomina haavan infektiot voivat johtaa sepsikseen eli verenmyrkytykseen. (Lumio 2016.)

Ihokohdassa tapahtuu verenkierron heikkeneminen, kudoksessa syntyy hapenpuute ja ravintoaineet sekä aineenvaihdunnan kuona-aineet poistuvat heikosti, minkä seurauksena syntyy painehaava. Paineen lisäksi ihon venytys ja kitka voivat altistaa painehaavojen syntymiselle. Kudoksen ja alustan välillä oleva kitka saa siirtävän liikkeen aikana ihonalaisissa kudoksissa aikaan venymistä ja ihon pinnalla hankautumista, mikä voi aiheuttaa häiriön pienissä verisuonissa ja saada aikaan hapenpuutteen ihonalaisessa kudoksessa. Ihon kosteus, potilaan vaatetus sekä makuu- ja istuinalustan materiaali vaikuttavat kitkan muodostumiseen. (Wake 2010; Juutilainen & Hietanen 2012, 303; Kortekangas-Savolainen & Rantanen 2016.)

Liikkumattomuus ja vähäinen liikunta ovat merkittäviä riskitekijöitä painehaavojen synnylle, joten pääsääntöisesti vuoteessa tai tuolissa olevilla potilailla on riski saada painehaava. Toisaalta on muistettava, että myös liikuntakykyisille potilaille voi kehittyä painehaava. (Wake 2010; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015; Lumio 2016.) Tällä hetkellä oleva tai aikaisemmin ollut ensimmäisen asteen painehaava lisää riskiä uusien painehaavojen kehittymiselle. Potilaan painehaavariskiä vaikuttavat myös verenkierto ja hapettuminen, huono ravitsemustila sekä ihon kosteuden lisääntyminen. (Wake 2010; Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2014, 14.)

Kehon lämpötilan nousu, korkea ikä, tuntoaistin heikkeneminen, hematologiset muutokset ja yleinen terveydentila voivat mahdollisesti vaikuttaa painehaavariskiä. (Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2014, 14; Lumio 2016.) Myös pidentynyt hoitoon pääsy aika voi mahdollisesti vaikuttaa riskiin saada painehaava. Vakava tilanne perussairauksissa kuten diabeteksessa, perifeerisessä laskimosairaudessa tai dementiassa voi tuoda erilaisia painehaavariskiä nostavia tekijöitä. Erilaiset perussairauksien tuomat tekijät voivat vaikuttaa

potilaan verenkiertoon, tehdä ihosta hauraamman tai aiheuttaa liikkumisongelmia. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015; NHS 2017.)

3.2.1 Fyysinen toimintakyky ja sen mittaaminen

Suurin riskitekijä, joka altistaa painehaavoille, on liikkumattomuus. Akuutti vamma tai sairaus voi altistaa siihen, ettei potilas vaihda asentoaan, jolloin paine kohdistuu liian pitkään jollekin ihoalueelle. Suuren painehaavariskiryhmän muodostavat potilaat, jotka eivät pysty kokemaan kipua tai kiputunto puuttuu kokonaan, kuten selkäydinvammaiset, aivohalvauspotilaat ja kaikki tehohoidossa olevat potilaat. Riski on olemassa myös pitkissä leikkaustoimenpiteissä ilman muita altistavia tekijöitä sekä iäkkäillä lonkkamurtumapotilailla alkuvaiheen vähäisen liikuntakyvyn takia. Tuntohäiriöt, kuten neuropatia tai hermovamma, voivat johtaa potilaan paikallaanoloon ja suurentuneeseen painehaavariskiinkin. Tällöin potilas ei tunne kipua tai kudospainetta, mikä normaalisti johtaisi asennon vaihtamiseen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 302, 304.)

Hoitotyön tutkimussäätiön (2015) mukaan painehaavan riskiarvioinnin täytyy sisältää aktiivisuuden ja liikuntakyvyn arviointia. Tampereen kaupungin kotihoidossa mitataan toimintakykyä RAI- järjestelmällä, joka tulee sanoista Resident Assessment Instrument, eli asiakkaan arviointi menetelmä. RAI-järjestelmä on asiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI- järjestelmä on strukturoitu kysymyslomake, joka sisältää satoja kysymyksiä ja joista rakentuu kansainvälisesti hyväksyttyjä mittareita. Kotihoidon asiakkaan palvelutarvetta mitataan hoidon aloituksessa, vähintään kuuden kuukauden välein ja aina toimintakyvyn muuttuessa. (Finne-Soveri ym. 2006, 16; Ikäihmisten palvelujen lautakunta 2016, 5.)

RAI- järjestelmän yksi merkittävimmistä mittarikokonaisuuksista on MAPLe_5, eli Method for Assigning Priority Levels. MAPLe_5 on kokonaisuudessaan hoidon ja palvelutarpeen asteikko, joka sisältää viisi pienempää mittaria. Mittareissa pisteytetään avuntarve välillä 1-5 ja tuloksen suuri pistemäärä kertoo huomattavasta avuntarpeesta. MAPLe_5:n avulla saadaan monipuolinen kuva asiakkaan toimintakyvystä eri osioiden avulla. RAI-järjestelmällä asiakkaalta kartoitetaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumista, kuten wc:ssä käymistä, kotona toimimista sekä kodin ulkopuolella asiointia ilman

ulkopuolisen ihmisen tai apuvälineen apua. Tällä pyritään samaan mahdollisimman kattava kuva asiakkaan itsenäisestä liikkumisesta ja avuntarpeesta. Mittarilla on mahdollista mitata asiakkaan itsenäistä selviytymiskykyä aterioiden valmistamisessa, kotitaloustöissä ja peseytymisessä. (Ikäihmisten palvelujen lautakunta 2013, 5–8; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.)

Toimintakyvyn arviointi tehdään yleensä vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa, jossa asiakkaan elämäntilanne, toimintakyky ja tarpeet huomioidaan. Toimintakykyä arvioivat mittarit toimivat tilanteessa apuvälineinä. Arvioinnissa keskitytään neljään toimintakyvyn osa-alueeseen: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen. (Finne-Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, Muurinen, Räsänen & Voutilainen 2011; Ikonen 2015, 147.) Opinnäytetyössämme keskitymme fyysisen toimintakyvyn arvioimiseen, koska se vaikuttaa eniten paineensaavan syntymiseen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2015) mukaan fyysinen toimintakyky kattaa ihmisen edellytykset pärjätä arjessa, esimerkiksi kykynä liikkua ja liikuttaa itseään. Lihaskunto, kestävyys, nivelten liikkuvuus, kyky hallita kehon asentoa ja keskushermoston normaali toiminta sekä näkö- ja kuuloaistien toimivuus ovat tärkeitä fysiologisia tekijöitä fyysisessä toimintakyvyssä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Toimintakyvyn neljän osa-alueen lisäksi arvioinnissa täytyy huomioida toimintakyvyn heikkenemistä ennakoitavia tekijöitä. Terveystilassa ilmenevät epätasapainot, ravitsemustilan muuttuminen, turvattomuuden kokeminen, sosiaalisten kontaktien vähyys ja kivun lisääntyminen ovat toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijöitä. Kotihoidon palvelutarpeen arviointi koostuu siis asiakkaan kokonaisvaltaisen tilan arvioinnista, joka käsittää vahvasti yksilön toimintakyvyn tämänhetkisen tilan. (Finne-Soveri ym. 2011.)

Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen asiakkaasta tehdään hoitosuunnitelma kotihoidossa tarvittavista avuista, joilla pyritään tukemaan asiakkaan omatoimisuutta. Hoitaja havainnoi ja seuraa asiakkaan kotona selviytymistä ja toimintakykyä. Mahdollisen fyysisen toimintakyvyn huonontuessa on vaihtoehtoina useita apuvälineitä toimintakyvyn ja liikkumisen tukemiseen. (Ikonen 2015, 124, 126.) Apuvälineet valitaan toimintakyvyn muutoksen mukaan. Jos ongelmana on esimerkiksi kykenemättömyys itsenäiseen asennon vaihtoon, on vaihtoehtona erityispatja. (Riikola, Ahoniemi & Malmivaara 2013.) Tärkeintä on huomata ajoissa vanhuksset, joiden liikuntakyky on tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt tai

joiden sairaus estää häitä vastustamasta painehaavan syntyyn vaikuttavia tekijöitä. (Soppi 2010.)

3.2.2 Ravitseminen

Painehaavojen synnyn ja huonon ravitsemuksen yhteyttä ei ole tieteellisesti todistettu, mutta huono ravitsemuksellinen tila voi kuitenkin vaikuttaa kudosten kestävyyskykyyn ulkoisia tekijöitä vastaan. Painehaavojen riskitekijöistä ravitseminen on kudosten kuormituksen ohella ainoita tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi. Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston mukaan painehaavariskin potilaiden täydelliseen arviointiin kuuluu myös ravitsemustilan arviointi. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto n.d., 1; Soppi 2010; Juutilainen & Hietanen 2012, 304; Posthauer, Banks, Dorner & Schols 2015.)

Ravitsemustilan arvioinnin jälkeen vajaaravitsemuspotilaalle on tehtävä suunnitelma tuki- ja lisäravinnosta sekä huolehdittava ravintoaineiden saannista (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto n.d., 4). Heikon ravitsemustilan ja vajaaravitsemuksen seurauksena myös painehaavariski lisääntyy erityisesti ikäihmisillä. Jopa 39 %:lla vajaaravituista potilaista on painehaava. (Soppi 2010; Juutilainen & Hietanen 2012, 83; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.) Ikäihmisillä ravitsemustilaa tulisi arvioida aina sairaalaan tai hoitolaitokseen tultaessa niin silmämääräisesti kuin haastattelun avulla (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 198). Kotihoidossa työskentelevän hoitajan toimenkuvaan kuuluu asiakkaan kokonaisvaltaisen ravitsemustilan seuranta ja arviointi asiakkaan riittävän energian ja nesteen saannista (Ikonen 2015, 178).

Pitkäaikainen ruoan puute aiheuttaa vajaaravitsemusta. Yksi vajaaravitsemuksen merkeistä voi olla tahaton painonlasku, jonka syy täytyy aina selvittää. Painon mittaaminen säännöllisesti on hyvä ja yksinkertainen tapa seurata ravitsemustilaa (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto n.d., 2; Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 198). Painoindeksin laskeminen on helppo ja yksinkertainen keino seurata asiakkaan ravitsemustilaa. Painon, pituuden ja painoindeksin tarkka määrittäminen voi olla hankalaa, jos tarvittavaa välineistöä ei ole saatavilla tai esimerkiksi pituuden mittaaminen on hankalaa.

Painoindeksi ei välttämättä kerro ravitsemustilasta, jos lihasmassan ja rasvan suhde muuttuu. Esimerkiksi iäkkäillä vanhuksilla lihasmassa vähenee. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto n.d., 3.)

Painon mittaaminen ja kirjaaminen tulisi tehdä joka kerta samalla tavalla. Asiakkaan paino tulisi punnita samalla vaa'alla, samaan aikaan päivästä, samalla määrällä vaatteita ja saman mittaaajan toimesta. Vyötärön ympäryksen mittaamisella voidaan arvioida vatsan alueen rasvan määrää. Vyötärön ympäryys tulee mitata aina samasta kohdasta suoliluun harjanteen ja rintakehän väliltä luotettavan tuloksen saamiseksi. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto n.d., 3.)

Ravitsemustilaa voidaan myös arvioida selvittämällä syödyn ja juodun ravinnon määrän kuluneen vuorokauden, kolmen vuorokauden tai seitsemän vuorokauden ajalta. Asiakas voi itse pitää ruokapäiväkirjaa tai hoitaja voi auttaa ruokapäiväkirjan täyttämisessä. Saatuja tietoja on hyvä tarkastella ja miettiä miksi ravinnonsaanti on selvitettyllä tasolla. Myös erilaisia biokemiallisia arvoja voidaan mitata arvioitaessa ravitsemustilaa, kuten seerumin albumiinia, hemoglobiinia ja kaliumia. Biokemialliset arvot eivät kuitenkaan riitä yksinään selvittämään ravitsemustilaa. Albumiiniarvon ja painehaavojen välillä on kuitenkin todettu olevan yhteys. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto n.d., 3; Wake 2010.)

Vajaaravitseminen on yleistä, joten ravitsemusta tulisi arvioida kaikilta riskipotilailta. Eri-laiset fyysiset, toiminnalliset ja psykososiaaliset tekijät vaikuttavat riittämättömään ravinnonsaantiin, tahattomaan painonlaskuun, aliravitsemukseen ja vähäiseen proteiinin saantiin, jotka voivat johtaa vajaaravitsemukseen. Vaikka vajaaravitsemuksen määrittäminen on melko vaivatonta ja nopeaa, se jää usein tekemättä. Hoitoketjussa tulisi sopia kenelle ravitsemustilan määrittäminen kuuluu ja missä vaiheessa hoitoa se tulisi tehdä. (Wake 2010; Juutilainen & Hietanen 2012, 83; Posthauer ym. 2015.) Ravitsemustilan arvioinnissa käytettävien menetelmien tulisi olla paikkansa pitäviä, luotettavia ja sopia kohde-ryhmälleen. Riskiarviointimittarit tai arviointimenetelmät eivät kuitenkaan korvaa potilaan tutkimista. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto n.d., 3; Posthauer ym. 2015.)

Vajaaravitsemuksen riskin arvioinnissa on tärkeää tietää potilaan paino ja painohistoria, mutta on myös huomioitava ylipainoisen potilaan mahdollisesta yksipuoleisesta ruokavaliosta johtuva vajaaravitsemuksen riski. Perusterveydenhuollossa ensisijaisesti käytettävä

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) huomioi potilaan painoindeksin (BMI), painonlaskun 3-6 kuukauden ajalta ja akuutin sairauden vaikutuksen syömiseen. Yli 65-vuotiailla tulisi käyttää Mini Nutritional Assessment (MNA)- menetelmän seulontaosaa ravitsemusriskiä arvioitaessa. Mikäli seulontaosan tulokset ylittävät tietyn rajan, siirrytään arviointiosaan. MNA:ssa käsitellään erilaisia mittauksia, kuten painoindeksin, painon sekä olkavarren ja pohkeen ympäröimän mittaamista. MNA-menetelmässä arvioidaan myös potilaan yleistä terveyttä, ruokavaliota sekä potilaan omaa kokemusta terveydestään ja ravitsemustilastaan. Pienen ravitsemusriskin potilaita tulisi seurata viikoittain ja kohtalaisen ravitsemusriskin potilaille suositella tehtävän kolmen vuorokauden ruoka- ja nestepäiväkirja. Suuren ravitsemusriskin potilaiden ruoan energia- ja proteiinipitoisuutta lisätä sekä tehdä suunnitelma ravitsemushoitoon. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 19; Juutilainen & Hietanen 2012, 84–86.)

3.2.3 Iho ja siihen liittyvät tekijät

Iho suojaa elimistöä ulkomaailmalta, kuten kemiallisilta ja fysikaalisilta tekijöiltä, kuumuudelta ja kylmyydeltä, säteilyltä ja mikrobeilta. Mekaaninen ärsytys, paine, värinä, kipu ja kosketus aistitaan ihon kautta. Iho osallistuu myös elimistön lämmönsäätelyyn estämällä lämmönhukkaa, jäähdyttämällä elimistöä ja estämällä liiallista nesteiden haihtumista. Iho varastoi rasvaa, joten iho osallistuu myös energia-aineenvaihduntaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 17.)

Ihon voi jakaa rakenteeltaan karkeasti kahteen kerrokseen, epidermikseen eli orvasketeen ja dermikseen eli verinahkaan (Vierimaa & Laurila 2011, 44; Juutilainen & Hietanen 2012, 16). Orvaskeden ja verinahan yhdistää basaalimembraani eli tyvikalvo, joka toimii myös eräänlaisena suodattimena molekyylien kulussa. Ihon uloimpana osana on orvaskesi, joka muodostuu viidestä eri kerroksesta. Marraskesi on orvaskeden pinnallisin kerros, joka paksuntuu ja muodostaa känsiä ihon joutuessa mekaaniselle kulutukselle. (Juutilainen & Hietanen 2012, 16–17, 19.)

Ihon syvin kerros verinahka sijaitsee orvaskeden ja tyvikalvon alla. Verinahka vastaa orvaskeden hapen ja ravinnon saannista ja luo ihon mekaanisen kestävyys- ja joustavuuden. Ihon apuelimet, kuten karvatupet, hiki- ja talirauhaset sijaitsevat verinahassa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 16–17.) Ihon aistinelimet ovat orvaskeden ja verinahan rajalla

(Vierimaa & Laurila 2011, 46–47). Apuelimet osallistuvat lämmönsäätelyyn ja suojan ylläpitoon. Kollageeni ja elastiini antavat verinahalle vetolujuutta, joustavuutta ja venyvyyttä. Nimenomaan elastiini saa ihon palautumaan venytyksen jälkeen normaaliksi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 16–17, 20.)

Verinahan alla on subcutis eli ihonalaiskudos, joka koostuu rasvasoluista, löyhästä sidekudoksesta ja verisuonista. Ihonalaiskudoksessa on noin 50 % koko kehon rasvasta, joten rasvakudos toimii myös lämmöneristäjänä. (Vierimaa & Laurila 2011, 46; Juutilainen & Hietanen 2012, 16.) Ihonalaiskudos suojaa elimistöä iskuilta ja se sitoo ihon muihin kudoksiin. Hormonaaliset tekijät, ravitsemuksellinen tila, ikä ja sukupuoli vaikuttavat ihonalaiskudoksen paksuuteen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 16, 21.)

Painehaavariskiinkin mahdollisesti vaikuttava tekijä on ihon kosteuden lisääntyminen (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015). Pitkittynyt kosteus iholla heikentää suojaavaa pintarakennetta, altistaa haavaumille ja infektioille sekä lisää kitkaa. Hikoilu, haavaerite, virtsa- ja ulosteinkontinenssi, hiostavat asusteet, haavasidokset ja vuodemateriaalit lisäävät haitallista kosteutta iholla. (Juutilainen & Hietanen 2012, 303; NHS 2017.)

Virtsanpidätyskyvyttömyys eli virtsainkontinenssi aiheuttaa ihon hautumista (Soppi 2016). Virtsan- tai ulosteenpidätyskyvyttömyys täytyy huomioida ihon päivittäisessä arvioinnissa ja puhdistuksessa, etenkin iäkkäillä potilailla. Virtsa ja uloste sisältävät voimakkaasti ärsyttäviä kemikaaleja, joten virtsa- ja ulosteinkontinenssi lisäävät huomattavasti riskiä saada painehaava. (Juutilainen & Hietanen 2012; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Virtsankarkailun esiintyvyys 25-60-vuotiailla naisilla on 20 % ja yli 70-vuotiailla 59 % (Virtsankarkailu (naiset): Käypä hoito-suositus 2011). Miehillä hyvälaatuiseen eturauhasen liikakasvuun liittyviä virtsaamisongelmia on 40 %:lla yli 60-vuotiaista miehistä (Eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu: Käypä hoito-suositus 2012). Ikä ja lihavuus, eli kun painoindeksi (BMI) on yli 30kg/m², ovat merkittäviä riskitekijöitä virtsankarkailulle. Muita riskitekijöitä ovat muun muassa perussairaudet kuten diabetes, heikentynyt toimintakyky ja toistuvat virtsatietulehdukset. Virtsankarkailua esiintyy neurologisten sairauksien, esimerkiksi pitkälle edenneiden muistisairauksien, yhteydessä. Myös selkäytimen sairauksissa ja vammoissa sekä MS-taudissa esiintyy virtsaamiseen liittyviä ongelmia

(Virtsankarkailu (naiset): Käypä hoito-suositus 2011). Ihon hoitamisella ja potilaan pidätyskyvyttömyyden hoidolla voidaan ehkäistä ihovaurioiden syntymistä ja vähentää riskiä painahaavan kehittymiselle (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015).

3.2.4 Verenkierto

Luisten ulokkeiden kohdalla olevan kudoksen alttius paineen aiheuttamille vaurioille riippuu muun muassa verenkierron riittävydestä. Erityisesti alaraajojen valtimosairauksissa on suuri riski saada painehaava kantapäähän, koska jalkoihin johtavien valtimoiden ahautuessa verenkierto heikentyy ja alaraajoihin voi syntyä pysyvä hapenpuute (Riikola, Lepänaho & Venermo 2010; Juutilainen & Hietanen 2012, 304). Alaraajojen laskimovajaatoiminta on yleistä aikuisväestössä. Laskimoläppien toimintahäiriö mahdollistaa veren takaisinvirtausta, joka nostaa laskimopainetta. Laskimopaineen nousu voi johtaa ihon ja ihonalaiskudoksen muutoksiin, mikä voi johtaa jopa laskimohaavan syntyyn. (Alaraajojen laskimovajaatoiminta: Käypä hoito-suositus 2016.) Myös diabeteksessa on suurentunut riski saada perifeerinen valtimotauti, tulehdusreaktio ja pienten verisuonten sairauksia, jotka estävät veren virtauksen kudokseen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 40; Diabetes: Käypä hoito-suositus 2016).

Ihon verenkierron arviointia voidaan tehdä painantakokeella, jossa ihoa painetaan sormella tai painantalevyllä. Painettaessa iho vaalenee, mutta paineen poistuttua terve ihon väri tulisi palautua ja verenkierron normalisoitua. Valtimoverenkierron häiriössä iho on kalpea eikä painantakokeella saada esille mitään. Laskimoiden vajaatoiminnassa iho on punakka tai sinertävä, ja painantakokeen jälkeen väri palautuu iholle välittömästi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 57–58.)

Muita veren ja kudosten hapettumiseen vaikuttavia sairauksia ovat keuhko- ja sydänsairaudet, verisuonisairaudet sekä veren ja verta muodostavien kudosten sairaudet. Esimerkiksi astman hoidossa pitkäaikaisesti käytetyn kortikosteroidilääkityksen haittoina ovat muun muassa ihon oheneminen, verensokerin nousu, mustelmataipumuksen lisääntyminen ja verenpaineen nousu. Sydämen vajaatoiminta heikentää sydämen pumppausvoimaa ja verisuonten tulehdussairaudet estävät veren virtaamisen kudoksiin. Verisyövä taas heikentävät veren hapenkuljetuskapasiteettia. Myös kudoksiin kerääntyvä neste heikentää hapen tarjontaa kudoksessa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 40; Paakkari 2015.)

3.2.5 Ikääntyminen

Ikääntymisen myötä iho ohenee, kuivuu ja haurastuu ja sen elastisuus vähenee verrattaessa nuoren ihmisen ihoon. Iho kuivuu, koska keramidien tuotannon väheneminen aiheuttaa veden lisääntyntä haihtumista elimistöstä, rasvakerroksen muodostumisen heikentymistä sekä talin määrän vähenemistä. Hikirauhasten hien erityis myös vähentyy iän myötä, jolloin lämmönsäätely muuttuu. Yli 70 % painehaavoista syntyy yli 65-vuotiaille todennäköisesti iän tuomien muutosten myötä, etenkin kun iän lisäksi esiintyy muitakin painehaavojen riskitekijöitä. Ikääntyneillä ihonalaiset kudokset kestävät huonommin hapenpuutetta ja mekaanista kuormitusta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 24, 304.)

Myös kollageeni- ja elastiinisäikeiden tuotanto, laatu ja määrä vähenevät ikääntymisen myötä. Iho muuttuu ohuemmaksi, löysemmäksi ja ryppyiseksi, minkä vuoksi kudokseen kohdistuva paine, kitka ja hankaus aiheuttavat tavallista helpommin vaurioita. Verinahan verisuonet muuttuvat hauraiksi, mikä altistaa ihonalaisille verenvuodoille ja mustelmille. Ihonalainen rasvakerros ohenee, mikä lisää riskiä saada ihovaurioita ja vähentää elimistön kykyä pitää kehon lämpötilaa yllä kylmissä olosuhteissa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 24–25, 304.)

Ikääntyessä rasva jakautuu kehon osiin eri tavalla kuin nuorempana. Ikääntyneellä ihonalaista rasvaa on eniten keskivartalolla ja kehon sisäistä rasvaa kertyy enemmän. Etenevä rasvattoman massan väheneminen johtuu lihaskudoksen, proteiinien ja luiden mineraalien vähenemisestä. Kehon koostumuksen muutokset ovat yhteydessä myös fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen. Aktiivisesti liikuntaa harrastavilla iäkkäillä miehillä ja naisilla kehon rasvan määrä on pienempi kuin saman ikäisillä, jotka eivät harrasta liikuntaa. Aliravitsemus edistää rasvattoman massan menetystä ja yhdessä fyysisen aktiivisuuden vähenemisen kanssa ravitsemushäiriöt hidastavat aineenvaihduntaa, rajoittavat toimintakykyä ja lisäävät avun tarvetta. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 132–133.)

Keskimäärin 70 ikävuoden jälkeen ravinnonsaannin ja ravitsemuksen riskit eivät ole enää verrattavissa työikäisten vastaaviin tekijöihin. Ikääntyneen haurastumisen riski lisääntyy, johon vaikuttaa myös ikääntyneen muut sairaudet ja toimintakyky. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 485–486.) Yli 70-vuotiailla on todennäköisemmin liikkumisongelmia ja heidän ihonsa vaurioituu helpommin esimerkiksi dehydraatiossa eli kehon kuivumistilassa (NHS 2017). Ravitsemustilan heikentyessä ja pitkittyessä toimintakyky heikkenee,

ihminen voi laihtua, saada iho-ongelmia, joutua infektiokierteeseen, sarkopenia eli lihaskato etenee ja lihaskunto heikkenee. Ikääntyessä myös toipuminen sairauksista hidastuu tai estyy ja hoitojen vaikutus huononee. (Ravitsemusterapauttien yhdistys ry 2009, 195; Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 485–486).

3.2.6 Lihavuus

Ylipainoisilla potilailla on riski saada painehaava, koska rasvakudoksen verenkierto on vähäisen verisuonituksen vuoksi altis häiriöille (Juutilainen & Hietanen 2012, 41; Hoito-työn tutkimussäätiö 2015). Painoindeksillä arvioidaan painoa, joka myös arvio yhteyttä kehossa olevan rasvakudoksen määrään kg/m^2 kohti. Kun BMI ylittää 30 kg/m^2 , myös sairastuvuusriski selvästi suurentuu. Toisaalta painoindeksi ei huomioi lihaskudoksen määrää tai rasvakudoksen jakautumista. Vyötärön ympäryksen mittaaminen täydentää painoindeksiä lievän tai merkittävän lihavuuden määrittelyssä. Vyötärön ympäryksen mittaamisella voidaan saada kuva vatsaonteloon kertyneen rasvan määrästä. Erityisesti vatsaonteloon kertyvä rasva on terveydelle haitallisempaa kuin esimerkiksi reisiin kertyvä rasva. Lihavuuden liitännäissairauksia ovat tyypin 2 diabetes tai sen esiaste, kohonnut verenpaine, rasva-aineenvaihdunnan häiriö, rasvamaksa, uniapnea, sepelvaltimotauti, astma ja kantavien nivelten nivelrikko. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2010, 159–161; Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito-suositus 2013.)

Lihavuus vaikuttaa myös hengitykseen ja verenkiertoon pienentämällä keuhkojen toiminnallista tilavuutta ja heikentämällä kudosten hapettumista. Alaraajojen kudoshapetus heikkenee laskimoiden ja imusuonten vajaatoiminnan ja turvotuksien takia, mitkä liittyvät usein lihavuuteen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 41.) Yleensä painehaavat kehittyvät luisten ulokkeiden kohdalle, mutta lihavilla potilailla painehaavat voivat kehittyä esimerkiksi myös pakaroihin tai muille runsaan rasvakudoksen alueille (Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2014, 56).

Suurten ihopoimujen painuminen toisiaan vasten tulisi estää käyttämällä tyynyjä tai muita apuvälineitä ja iho sekä ihopoimut tulisi arvioida säännöllisesti. Makuu- ja istuinalustojen kantavuus, riittävä koko ja leveys ovat myös ylipainon tuomia ongelmia, esimerkiksi sängyn tulisi olla riittävän suuri, että potilas voisi kääntyä sängyssä itsenäisesti. Alustojen täytyisi jakaa painetta ja vähentää kudosten venytystä, joten alustojen toimivuus täytyy myös

tarkastaa. Potilaan makuualustojen painuminen sängyn tai tuolin pohjaan asti on yksi lihavuuden tuomista ongelmista. (Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2014, 55–56; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

3.3 Painehaavan ennaltaehkäisy

Ennaltaehkäisy on taloudellisin ja paras menetelmä painehaavaongelman ratkaisuun (Soppi 2010). Suomessa noin 55 000-80 000 potilaalla on jonkin asteinen painehaava. Yksittäisen painehaavan hoitokustannukset voivat nousta kymmeneen tuhansiin euroihin, erityisesti silloin kun painehaava on vaikea ja vaatii kirurgista operaatiota. Kaiken kaikkiaan painehaavojen hoidosta johtuvat kustannukset vuosittain ovat noin 350-525 miljoonaa euroa. (Kataja 2015.) Painehaavapotilailla esiintyy haavassa kipua niin levossa kuin hoitotoimien aikana. Painehaavojen paraneminen voi olla pitkäaikainen prosessi ja joissakin tapauksissa painehaavat eivät tule koskaan paranemaan. Painehaavan sijainnista riippumatta painehaava rajoittaa potilaan elämää, esimerkiksi erilaisilla asentokielloilla. Painehaavojen infektoituminen voi johtaa vakaviin terveydellisiin seurauksiin, kuten verenmyrkytykseen. (Juutilaine & Hietanen 2013, 327, 333; Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2014, 11, 25; Lumio 2016.) Ennaltaehkäisyn kulmakivinä pidetään riskitapausten tunnistamista, asennon vaihtamista kahden tunnin välein, erikoismakuualustojen käyttöä, ravitsemustilan huomiointia sekä henkilökunnan kouluttamista. (Soppi 2010.)

Ennaltaehkäisevässä hoidossa iho tulisi tutkia säännöllisesti erityisesti luisten ulokkeiden kohdalta painehaavojen kartoituksen vuoksi. Varhainen merkki painehaavasta on punoitettava iho-alue, joka ei vaalene paineen helpottuessa. (Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2014, 15–16.) Terveystieteiden tutkimuksessa yli puolet painehaavoista jää havaitsematta, koska painehaavojen tunnistaminen ja erottaminen esimerkiksi inkontinenssin aiheuttamasta ihovauriosta on vaikeaa (Kataja 2015). Punoittavan ihoalueen kuormitusta tulisikin aktiivisesti vähentää, esimerkiksi itsenäisesti toteutettavalla asentohoidolla. Punoituksen lisäksi ihon lämpötila, mahdollinen turvotus tai muu kudoksen kiinteyden muutos sekä potilaan kivun aste täytyy huomioida ihon arvioinnissa. (Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2014, 16.)

Iho tulisi pitää puhtaana ja kuivana eikä painehaavariskissä olevia ihoalueita saisi hieroa tai hangata voimakkaasti kudosvaurioiden ja tulehdusreaktioiden ehkäisemiseksi. Inkontinentilla potilaalla iho tulisi puhdistaa perusteellisesti eritteiden jäljiltä ja suojata ihoa erilaisilla suojaavilla tuotteilla. (Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2014, 16–17.)

3.3.1 Painehaavariskin arviointi

Painehaavojen ehkäisyssä tärkeää on tunnistaa painehaavojen riskitekijät, painehaavariskissä olevat potilaat ja minimoida riskikohtiin kohdistuva paine ja venytys. Riskitekijöitä arvioidessa tulisi aina käyttää strukturoitua eli jäsenneltyä lähestymistapaa, jossa arvioidaan potilaan aktiivisuutta, liikuntakykyä, ravitsemusta ja ihon kuntoa (Juutilainen & Hietanen 2012, 312; Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2014, 13–14; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015).

Riskien arviointiin on käytössä erilaisia työkaluja kuten numeraaliset mittarit. Kliiniseen työhön soveltuvat mittarit ovat validoituja ja niissä pisteytetään painehaavojen kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä tai asiakkaan ominaisuuksia. Yleisimmät mittarit ovat tarkoitettu sairaalapotilaiden painehaavojen arviointiin, kuten Bradenin kehittämä mittari. Yksi hyväksi todettu riskiarviomittari ei välttämättä ole samanarvoinen kaikissa potilasryhmissä. (Soppi 2010.) Riskiarviomittarin käyttäminen on kuitenkin vain osa painehaavariskin arviointia eikä se korvaa kliinistä tutkimusta tai toisaalta voi ennustaa täysin vaaraa saada painehaava (Juutilainen & Hietanen 2012, 312).

Riskimittarin tulos kertoo potilaan tilasta ja sairauden vaikeusasteesta ja antaa työkalun suunnitelmalliselle hoitamiselle. Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien työntekijöiden ammatillisuuteen kuuluu sitoutuminen potilasturvallisuuteen ja sen edistämiseen. Painehaavan syntyminen on aina haittatapahtuma, josta Suomessa vuosittain tehdään potilasvahinkoilmoituksia 30-50 kappaletta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Yleisissä suosituksissa painehaavojen riskiarviointi tulisi tehdä sairaalolosuhteissa niin pian kuin mahdollista, mutta viimeistään kahdeksan tunnin kuluttua potilaan saapumisesta hoitoon (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2014, 13). Kotihoidossa painehaavariskissä olevien potilaiden riskiarviointi tehdään heti ensimmäisen kotikäynnin yhteydessä

ja aina yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti sekä silloin, kun potilaan tilassa tapahtuu merkittäviä muutoksia (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015). Kaikki painehaavojen riskiarvioinnit tulisi kirjata ja painehaavanriskin potilaille tulisi kehittää suunnitelma painehaavojen ehkäisemiseksi (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2014, 13).

3.3.2 Ihon arviointi ja hoito

Ihoa arvioidessa tulisi kiinnittää huomiota ihon punoitukseen, lämpötilaan, turvotukseen ja kudoksen kiinteyden muutoksiin ympäröivässä ihossa. Erityisesti huomiota tulisi kiinnittää ihon punoitukseen ja kehon luisten ulokkeiden ihoon, kuten ristiluuhun, istuinkyhmyihin, reisiluun isosarvennoiseen ja kantapäihin. Ihon punoitus voi kertoa kehittymässä olevasta painehaavasta. Yli puolet painehaavoista esiintyy lantion alueella ja noin kolmannes sijaitsee alaraajoissa. (Hannuksela, Peltonen, Reunala & Suhonen 2011, 133; Juutilainen & Hietanen 2012, 300; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Ihon punoituksen arvioinnissa on suositeltavaa käyttää vaalenevan ja vaalenemattoman punoituksen tutkimisen menetelmää. Jos punoittava iho kolmen sekunnin sormella tai läpinäkyvällä levyllä painamisen jälkeen ei vaalene, on se merkki vauriosta kudoksissa. Tämä on jo merkki ensimmäisen asteen painehaavasta. Myös paikallistunut kipua paineelle altistuneessa kohdassa voi ennustaa kehittymässä olevasta painehaavasta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 326; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Potilailla, joilla on virtsan- tai ulosteen pidätyskyvyttömyyttä, täytyy ihoa arvioida päivittäin. Pidätyskyvyttömyyden hoidolla voidaan vähentää painehaavariskiä. Uloste aiheuttaa ihon ärsytystä, altistaa ihon vaurioitumiselle ja infektioille. Ihotulehduksilla on todennäköinen yhteys painehaavan syntyyn. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.) Ihoa voidaan suojata ihonsuojasuikheella- tai rasvalla sekä ihonsuojakalvolla, kun potilaalla on virtsan- tai ulosteenpidätyskyvyttömyyttä (Soppi 2016).

Ihoa tulisi suojata liialliselta kosteudelta huolehtimalla hyvästä hygieniasta eli pitämällä iho puhtaana ja kosteutustasapaino riittävänä (Hannuksela ym. 2011, 142; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015; Soppi 2016). Kuivaa ihoa voidaan kosteuttaa ihovoiteella, mutta liian rasvaista voidetta tulisi kuitenkin välttää. Liian rasvainen voide voi estää ihoa hengittä-

mästä ja siten aiheuttaa hautumista. Runsaasti hikoilevan potilaan vaatteet on syytä vaihtaa niin usein kuiviin, että hänen ihonsa pysyy kuivana. Myös vaatteissa olevat rypyt tulisi oikaista. (Juutilainen & Hietanen 2012, 326–327.)

Ihon puhdistuksessa tulisi käyttää pH-tasapainotettua pesuainetta, pesuvoidetta tai vettä ja iho tulisi kuivata taputtelemalla (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015; Hietanen 2016). Luu-ulokkeisiin ja punoittaviin kohtiin ihorikkoa suojaamaan ja kitkan vähentämiseen voidaan käyttää läpinäkyviä kalvoja, hydrokolloidi- ja polyuretaanivaahtosidoksia tai muita haa- vanhoitotuotteita (Soppi 2016).

3.3.3 Ravitsemushoito

Ravitsemushoidon yleisissä periaatteissa riittävä energian, vitamiinien, hivenaineiden ja proteiinien saanti on oleellista. Vajaaravitsemuksen hoito painehaavoja ennaltaehkäistäessä keskittyy erityisesti proteiini-energiavajaaravitsemuksen korjaamiseen. Tavoitteena on korjata vajaaravitsemusta antamalla ravintoa normaalia reittiä, eli suun kautta. Jokaisella asiakkaalla on omia mieltymyksiä ja mahdollisesti vaikeuksiakin ravitsemuksessa. Ruokaa tulisi saada helposti, ruoan rakenne tulisi olla tilanteeseen sopivaa sekä ottaa huomioon sosiaalinen ja fyysinen ympäristö. Asiakkaiden omien toiveiden ja halujen kuunteleminen ravinnon suhteen lisää asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa omaan ravitsemushoittoon ja motivoi asiakasta syömään ja juomaan paremmin. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto n.d., 4.; Juutilainen & Hietanen 2012, 86–87.)

Kotona hoidettavilla asiakkailla huomiota täytyy kiinnittää vajaaravitsemukseen altistaviin tekijöihin (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 207). Asiakkaan ruokavaliota pitäisi täydentää kliinisillä ravintovalmisteilla ja lisäämällä rasvaa ruokaan ravitsemusterapeutin antamien ohjeiden mukaan, jos perusruokavaliota ei pystytä parantamaan. Ruoan määrä ei ole olennaisin asia, vaan huomiota pitäisi kiinnittää ruoan laatuun ja energiatiheyteen. Nesteytyksessä nesteiden laatu ja määrä ovat yhtä tärkeitä. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto n.d., 4; Juutilainen & Hietanen 2012, 87.)

Yleisohje ravinnon vähimmäistarpeelle vuorokaudessa on 30-35 kilokaloria painokiloa kohden, proteiinin tarve on 1-1,5 grammaa painokiloa kohden ja nesteen tarve 1 ml kilokaloria kohden. Proteiinit sekä hiilihydraatit tuottavat energiaa 4 kilokaloria ja rasvat 9

kilokaloria kilogrammaa kohden. Energian tarvetta voidaan laskea erilaisten vakiokaavojen mukaan. Ravitsemusterapeutti tai muu asiaan perehtynyt asiantuntija osaavat käyttää ja tulkita vakiokaavoja. Ravitsemustilaa täytyy arvioida säännöllisesti, jotta ravitsemushoitoa voidaan tarvittaessa tehostaa. On hyvä kuitenkin huomioida, että vajaaravitsemuspotilaan tyhjentyneiden energiavarastojen täyttyminen vie aluksi aikaa. Ravitsemushoidon alussa paino voi myös laskea, koska solunulkoinen nestemäärä vähenee ja turvotukset vähenevät. Onnistuneessa ravitsemushoidossa paino nousee, toimintakyky ja elämänlaatu paranevat ja uusien painehaavojen esiintyminen vähenee. (Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto n.d., 4; Juutilainen & Hietanen 2012, 86, 88.)

Vajaaravitsemusriskin potilailla yöpaasto ei saisi ylittää 10-11 tuntia, koska keho menee paaston aikana kataboliseen tilaan. Katabolia johtuu riittämättömästä ravinnonsaannista, jolloin elimistö alkaa pilkkoa omia kudoksia turvatakseen energia-aineenvaihduntaansa. Pitkittyneen paaston aikana aikuinen ihminen kuluttaa vuorokaudessa proteiinia 60-70 grammaa. Tämä vastaa noin 260-280 grammaa lihaskudosta. Erilaiset vammat ja sairaudet kasvattavat proteiinin kulutusta entisestään. Anabolisessa tilassa energiansaanti on suurempaa kuin energiankulutus, jolloin elimistö voi valmistaa uutta kudosta ja varastoida saadun ylimääräisen energian. Ravitsemushoidon tavoite on tukea kehon anabolista tilaa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 86.)

3.3.4 Asentohoito ja apuvälineet

Potilaan aktiivisuus ja liikuntakyky vaikuttavat painehaavariskiin. Asentohoidolla voidaan vähentää tai poistaa painehaavaan johtava riskitekijä, kun asennon vaihtaminen on tehty onnistuneesti. Asentoa vaihdettaessa paineen tulisi jakautua uudelleen niin, ettei paine kohdistuisi jo mahdollisesti tulleet painevaurioon. Potilaan istuessa asennon pitäisi tuntua potilaasta miellyttävältä ja asennon olla sellainen, jossa potilas pysyy tasapainossa. Istuimen korkeus on sopiva silloin, kun reidet ovat hieman vaakasuoraa alempana ja ylävartalo nojaa taaksepäin. Riittävä kallistus takaa sen, ettei potilas pysty liukumaan istuimella. Myös jalkojen täytyisi yltää lattialle niin, että jalat pysyvät tuettuna ja pitävät hyvän istuma-asennon yllä. Pyörätuolissa olevan potilaan jalka- ja käsitet tulisi olla säädettyinä niin, että hyvä istuma-asento toteutuu. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2014, 22, 24; Juutilainen & Hietanen 2012, 318, 320; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Potilaan itsenäinen asennon vaihtaminen tai paineen keventäminen esimerkiksi kohottautumalla tuolilta tai kallistamalla kehoaan auttaa muuttamaan painopistettä ja katkaisee kudokseen kohdistuvan paineen aikaa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 320; Soppi 2016.) Infektiosairauksien erikoislääkäri Jukka Lumion (2016) mukaan kotona hoidettavan, liikuntakyvyltään huonon potilaan asennon vaihtaminen voi olla työlästä. Potilasta tulisi kuitenkin kannustaa ja ohjata itsenäiseen asentohoidon toteuttamiseen (Soppi 2016).

Painehaavojen ennaltaehkäisyyn tarkoitetut apuvälineet liittyvät potilaan siirtämiseen, sängyssä tai pyörätuolissa olemiseen, vessassa käymiseen ja peseytymiseen. Liikuntarajoitteisen potilaan siirtoihin on muun muassa nostureita sekä siirtymä- ja liukulakanoita, joiden avulla saadaan vaihdettua potilaan asentoa ja ennaltaehkäistyä ihovaurioiden syntymistä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 320.) Painetta alentavat ja jakavat makuualustat ja istuintyyny vähentävät kudosten kuormitusta sekä säätelevät lämmön ja kosteuden tasapainoa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015).

Oikeanlaisen alustan valintaan vaikuttavat potilaan liikuntakyky ja aktiivisuus, elopaino ja kehon koko sekä kehon virheasennot, joten jokaiselle potilaalle valitaan yksilöllisten tarpeiden mukainen makuu- ja istuinalusta. Myös kustannuskysymykset vaikuttavat painehaavojen ennaltaehkäisyyn tarkoitettujen apuvälineiden hankintaan, esimerkiksi kenen hankittavaksi ja maksettavaksi patja jää. (Juutilainen & Hietanen 2012, 321; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.) Painetta jakavissa passiivisissa makuualustoissa kehon pinta-ala lisääntyy patjan muotoutuessa kehon kontaktipinnan muotoon. Aktiivisissa painehaavapatjoissa moottoroitu järjestelmä vaihtelee paineen kuormitusta eri kehon osissa. Potilaiden, joiden painehaavariski on noussut, täytyisi käyttää makuualustana korkealuokkaista vaahtomuovipatjaa tai erikoispatjaa ja istuessa painetta jakavaa istuintynyä. Joustava ja hengittävä suojus sallii ilmanvaihdon, jotta iholle ei tulisi ylimääräistä lämpöä ja kosteutta. (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2014, 29; Juutilainen & Hietanen 2012, 320–321.) Kotioloissa esimerkiksi paineistettavat ilmapatjat ovat kuitenkin harvoin käytössä (Lumio 2016).

Patjan ja potilaan välissä tulee olla mahdollisimman vähän mitään ylimääräistä, kuten lakanoita, nostoliinoja tai vaippoja, jotta alustan painehaavoja ehkäisevä toiminta toteutuu. Apuna käytettäviä pehmusteita ja asentotyynyjä tulisi käyttää harkiten, jotta avuksi tarkoitettu väline ei väärin käytettynä lisäisi painetta tai hankausta. Esimerkiksi synteet-

tiset lampaankarvataljojen karvat paakkuuntuvat ja kovettuvat, eikä aitojakaan lampaantaljoja suositella kuin lämmikkeeksi tai kolhujen suojaamiseen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 325–326; Soppi 2016.) Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) on tarkoitettu ylläpitämään ja edistämään terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden sekä niiden käytön turvallisuutta. Terveydenhuollossa käytettävien laitteiden täytyy täyttää tietyt vaatimukset, jotka täyttämällä valmistaja saa tuoda terveydenhuollon laitteen markkinoille ja liittää tuotteeseen CE-merkinnän. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010))

3.4 Painehaavan riskiarviotaulukko

Arvioiva toiminta pyrkii selvittämään, onko asetettuun tavoitteeseen päästy. Arvioinnilla tarkoitetaan jonkin arvon tai merkityksen liittämistä ilmiöön tai toimintaan. Arvio tarvitsee vertailukohdan tai jokin välineen, jolla sitä voidaan mitata. (Mäntyranta, Elonheimo, Mattila & Viitala 2004, 390–391.) Arviointikriteerit, mittarit ja tietoon perustuvat arviot ovat keskeisiä asioita arvioinnissa. Arviointikriteerit voivat perustua yleisesti hyväksytyihin sääntöihin tai ohjeisiin. Pelkkä mittaustulos ei ole arviointia, vaan arviointiin tarvitaan myös muita näkökulmia. (Arviointi sosiaalipalveluissa – Katsaus arvioinnin peruskysymyksiin 2001, 5–6, 8.)

Painehaavariskin arviointiin on kehitetty useita mittareita, jotka on pääasiassa tarkoitettu akuutti- ja pitkäaikaishoidossa oleville aikuisille potilaille. Mikään mittari ei yksinään pysty ennustamaan vaaraa painehaavan syntymiselle ja mittarit eivät ole myöskään samanarvoisia keskenään eri potilasryhmissä. Painehaavojen riskiarviomittarit ovat vain yksi osa kokonaisarviointia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 312–313.) Riskiarviointimittarin lisäksi kliininen arviointi on välttämätöntä (Kataja 2015).

Riskiarviomittareissa on yleensä painehaavojen riskitekijöistä esitetty liikuntakyky, ravitsemus, yleinen terveydentila, ihon tunto ja kosteus, kitka ja kudosten venyminen. Muita painehaavojen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat vartalon muoto, korkea tai matala painoindeksi, tupakointi, psyykkiset tekijät ja paikallista verenkiertoa heikentävät tekijät. Toisaalta tietyillä potilasryhmillä on myös todettu painehaavojen syntymisen riski

suurentuneeksi ilman erillistä painehaavariskin arviointia. Esimerkiksi tajuttomilla potilailla, vaikean yleissairauden tai selkäydinvamman takia liikuntakyvyttömillä potilailla on suurentunut riski saada painehaava. (Juutilainen & Hietanen 2012, 312–313.)

Bradenin riskiluokitusmittari on kansainvälisesti eniten testattu ja luotettavimmaksi todettu painehaavojen riskiarviomittari, joka on myös eniten käytetty riskimittari. Bradenin riskiarviomittari ennustaa erityisesti akuutisti sairastuneiden potilaiden painehaavariskiä, mutta riskimittarin käyttö on havaittu myös hyväksi arvioidessa kotihoidossa ja erikoissairaanhoidossa olevien potilaiden painehaavariskiä. Asteikossa arvioidaan tuntoaistia, kosteutta, aktiivisuutta, liikkuvuutta, ravitsemusta sekä kitkaa ja kudosten venyttymistä. Jokainen osatekijä pisteytetään asteikolla 1-4, paitsi kitka ja kudosten venyminen asteikolla 1-3. Painehaavan riski on sitä suurempi, mitä pienemmät ovat riskipisteet. (Juutilainen & Hietanen 2012, 313; Kataja 2015.)

Nortonin asteikko on vanhin käytössä ollut painehaavojen riskiluokitusmittari. Mittarilla arvioidaan potilaan fyysistä kuntoa, henkistä tilaa, toiminta- ja liikuntakykyä, inkontinenssia, yleistä terveydentilaa sekä ruoan ja juoman saantia. Jokainen osatekijä pisteytetään asteikolla 1-4 ja painehaavan saamisen riski nousee sitä suuremmaksi, mitä vähemmän pisteitä saa. Jacksonin ja Cubbin painehaavariskin arviomittari on tarkoitettu erityisesti tehohoitopotilaiden painehaavariskin arviointiin. Alaluokkia on Bradenin ja Nortonin asteikkoihin verrattaessa enemmän, kaiken kaikkiaan kaksitoista tekijää. Asteikolla arvioidaan potilaan ikää, painoa tai kudosten kuntoa, taustasairauksia, ihon kuntoa, viireystilaa, liikuntakykyä, verenkiertojärjestelmän toimintaa, hengitystä, hapen tarvetta, ravitsemusta, inkontinenssia ja hygieniää. (Juutilainen & Hietanen 2012, 313, 316.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulussa toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja tutkimusviestinnän keinoin tehty raportti. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Ammattikorkeakoulussa työelämä ja sen kehittämisen vaatimukset ohjaavat opetuksen painottumisen työelämälähtöiseksi (Vilka 2015, 16). Toiminnallinen opinnäytetyö tähtääkin työelämän käytännön toiminnan opastamiseen, ohjaamiseen tai järjeistämiseen. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla esimerkiksi kirjallinen ohje tai koulutuksen järjestäminen. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Opinnäytetyön aiheen tulisi lähteä työelämän tarpeista, olla käytännönläheinen sekä osoittaa opiskelijalta riittävää tietojen ja taitojen käsittelyä ja hallintaa (Vilka & Airaksinen 2003, 10; Vilka 2015, 17). Ammatillisen teoretiedon ja ammatillisen käytännön yhdistäminen, teorioiden pohdinta sekä käytännön kriittinen tarkastelu auttavat kehittämään omaa ammattikulttuuria. (Vilka & Airaksinen 2003, 10, 41.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuotos on painehaavojen riskiarviointiin tarkoitettu taulukko. Taulukko on sekä työkalu että eri tahoille tietoa antava paketti. Vilkan ja Airaksisen (2003, 56) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapa tarkoittaa keinoja, joilla tuotoksen materiaali kerätään ja miten tuotos valmistetaan. Erityisesti ohjeistuksia ja tietopaketteja tehdessä täytyy kiinnittää huomiota lähdekritiikkiin ja mistä lähteistä tietoa tuotokseen kerää (Vilka & Airaksinen 2003, 53). Tämän toiminnallisen opinnäytetyön teoreettinen osuus perustuu kirjallisuudesta kerättyyn tietoon painehaavojen riskitekijöistä, ennaltaehkäisystä ja arvioinnista sekä kotihoidon määrittelystä.

4.2 Opinnäytetyön prosessi

Tämän opinnäytetyön aihe luotiin työelämän tarpeesta Tampereen kaupungin kotihoidossa, josta aihe annettiin Tampereen ammattikorkeakoulun (TAMK) opiskelijoille va-

littavaksi. Heillä oli tarve tuotokselle, jolla ehkäistään painehaavojen syntyminen kotihoidon asiakkailla. Valitsimme aiheen, koska meillä molemmilla on käytännön työkokemusta kotihoidosta ja tiedämme aiheen oleva ajankohtainen kyseisessä toimintaympäristössä.

Syyskuussa 2016 opinnäytetyön aiheen valinnan jälkeen, saimme nopeasti työelämäpalaverin sovittua yhdessä ohjaavan opettajan kanssa. Työelämäpalaverissa keskustelimme aiheesta, aiheen rajaamisesta ja itse tuotoksesta. Työelämäpalaverissa sovittiin, että tuotos tulee olemaan sähköisessä muodossa, joten tulostuskulut pysyvät maltillisina. Opinnäytetyön eri versioiden, valmiin opinnäytetyön sekä lähteiden tulostus ovat todennäköisesti ainoat kulut budjetissamme valmiin opinnäytetyön kansien ja seminaarissa esiteltävän posterin painatuksen lisäksi.

Syyskuussa suoritimme ideaseminaarin, jossa kuvailimme työn aiheen, tarkoituksen ja tavoitteet, jotka olivat tarkentuneet työelämäpalaverissa. Loka-marraskuun ajan suoritimme lähteidenhakua käyttämällä kotimaista terveystieteiden viitetietokantaa MEDIC:ä, Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ylläpitämää tietokantaa lääkäreille ja sairaanhoitajille, Terminologian tietokantaa sekä Google-hakupalvelua. Tiedonhaussa olemme käyttäneet muun muassa termejä painehaava, painehaavan ennaltaehkäisy, painehaavan riskitekijät, kotihoito, kotisairaanhoito ja painehaavojen riskiarviomittari. Kansainvälisessä tiedonhaussa olemme käyttäneet termejä pressure ulcer, bed sore, prevention, risk factors, home care ja risk assessment.

Useimmissa lähteissä painehaavojen ennaltaehkäisyä käsiteltiin laitoshoidon ympäristössä tehtävänä toimenä, esimerkiksi tehohoitopotilaan tai leikkauspotilaan painehaavan ennaltaehkäiseminen sairaalahoidossa. Kotihoitoa tai kotisairaanhoitoa painehaavan yhteydessä käsiteltiin usein hyvin vähäisesti tai ei ollenkaan. Olemme rajanneet pääsääntöisesti laitosympäristöön suuntautuneet lähteet pois, koska koemme sairaalan ja kodin ympäristön ja toimintatapojen eroavat toisistaan merkittävästi. Esimerkiksi sairaalaympäristössä potilaan jatkuva tarkkailu on helpompaa, koska laitosympäristö itsessään rajaa potilaan toimintamahdollisuuksia. Kotihoidon työntekijät eivät voi luotettavasti tietää mitä asiakkaan luona tapahtuu kotikäyntien välissä, vaan työntekijä joutuu keräämään tietoa asiakkaalta, hänen läheisiltään ja omien havaintojensa kautta.

Lokakuussa valmistelimme myös opinnäytetyön suunnitelmaa joulukuussa pidettyä suunnitelmaseminaaria varten. Suunnitelmaseminaarin jälkeen korjasimme esille tulleita korjauskehotuksia ja -ehdotuksia. Tammikuussa 2017 ohjaava opettaja hyväksyi opinnäytetyön suunnitelmamme, jonka jälkeen haimme tutkimuslupahakemusta. Tammikuun loppupuolella saimme hyväksytyn päätöksen tutkimuslupahakemuksellemme, mutta samalla työelämäyhteistyökumppanimme vaihtuivat. Haimme siis uudelleen tutkimuslupaa tammikuussa ja saimme hyväksyvän päätöksen helmikuussa.

Helmikuusta toukokuuhun työstimme opinnäytetyön teoreettisia lähtökohtia kirjallisuuteen perustuen ja valmistauduimme toukokuussa 2017 pidettyyn käsikirjoitusseminaariin. Käsikirjoitusseminaarin jälkeen muokkasimme työtämme saamiemme korjausehdotusten mukaisesti. Olimme sopineet työelämäyhteistyökumppanin kanssa tapaamisen kesäkuulle, jossa saisimme lisätietoa ja yhteistyökumppanin mielipiteen tuotoksen sisällöstä. Elo-syyskuun vaihteessa saimme yhteistyökumppanilta kehittämis ehdotuksia tuotokseen liittyen. Syyskuussa muokkasimme tuotostamme annettujen ehdotusten mukaisesti ja syyskuun loppupuolella yhteistyökumppani hyväksyi muokatun tuotoksemme. Tämän jälkeen täydensimme teoreettisia lähtökohtia ja korjasimme tekstin luettavuutta sekä paransimme tuotoksen ulkonäköä ja selkeyttä. Opinnäytetyö palautettiin lokakuussa 2017.

Opinnäytetyön teoreettisissa lähtökohdissa tarkastellaan kotihoitoa ja kotisairaanhoidtoa, painehaavaa, sen riskitekijöitä ja ennaltaehkäisyä sekä painehaavan riskiarviotaulukkoa. Opinnäytetyön tuotos painehaavojen riskiarviotaulukko on koottu teoreettisten lähtökohtien pohjalta. Opinnäytetyön prosessi on lisännyt ja syventänyt kokonaisuudessaan tietoa painehaavojen synnystä, riskitekijöistä ja ennaltaehkäisystä sekä opettanut toiminnallisen opinnäytetyön prosessin kulkua ja työskentelyssä pitkäjänteisyyttä. Tiedon hakemisen ja rajaamisen taidot sekä ryhmätyöskentelyn taidot ovat kehittyneet opinnäytetyön prosessin kautta. Olemme opinnäytetyön prosessin alusta lähtien pyrkineet pitämään ennaltaehkäisyn ja kotihoidon näkökulman vahvana, ja näin rajoittamaan aiheen liiallista laajenemista.

4.3 Tuotoksen kuvaus

Painehaavojen riskiarviotaulukkoon (liite 1) on kerätty keskeisimmät riskitekijät tutkituun tietoon pohjautuen. Riskiarviotaulukossa on käsitelty fyysisistä aktiivisuutta ja liikuntakykyä, ravitsemusta, ihon kosteutta ja muuta huomioitavaa, joka käsittää perussairaudet, asiakkaan painoindeksin ja kroonisten haavojen merkityksen painehaavojen riskissä.

Taulukon tehtävänä on havainnollistaa tekstiä, lisätä sen ymmärrettävyyttä ja luettavuutta sekä vahvistaa annettua tietoa (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 227; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 322). Otsikoiden tulee antaa mahdollisimman paljon tietoa, jotta taulukon käyttäjä saa käsityksen taulukon sisällöstä. Taulukon otsikko täytyy sijoittaa taulukon yläpuolelle, jolloin se on luettavissa ensimmäisenä taulukosta ja antaa näin mielikuvan käsiteltävästä aiheesta. Sarakkeissa tulee asia esittää mahdollisimman tarkasti kokonaisin sanoin tai yleisesti hyväksytyin lyhentein. Myös sarakkeiden määrä tulisi pitää mahdollisimman vähäisenä, jotta taulukko pysyisi silmää miellyttävänä ja helposti luettavana. Taulukon kokoa suunnitellessa täytyy huomioida tekstin koon muutokset, esimerkiksi lopullisessa painokoossa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 325–326.)

Taulukon yllä lukee sen nimi lihavoituna ”painehaavan riskitekijöiden arviotaulukko kotihoidossa”. Nimi on informatiivinen: tuotoksen aihe, arviointikohde ja kohderyhmä tulevat esille nimessä. Riskiarviotaulukon on tarkoitus olla käytössä sekä kotihoidon työntekijöillä, kotihoidon asiakkailla, että heidän omaisillaan. Taulukossa täytyykin huomioida kieliasun kansanomaisuus eikä taulukossa voi näin ollen käyttää hoitotyön ammatti-kieltä. Kotihoidossa tehtävien kotikäyntien ajat voivat olla lyhyitä ja työtehtäviä aikaan nähden paljon. Riskiarviotaulukon täytyy olla helposti ja nopeasti luettavissa, jotta sen käyttö olisi mahdollisimman yksinkertaista.

Taulukko koostuu neljästä eri painehaavariskiä vaikuttavasta tekijästä, jotka on asetettu taulukkoon vasemmalle vaalean harmaalle pohjalle. Jokaisen pääaiheen otsikko on lihavoitu ja alle on koottu ranskalaisin viivoin poimintoja taulukon sisällöstä. Keskimmäisenä taulukossa punaisella pohjalla on jokaisen pääaiheen mukaiset kysymykset, joihin vastaamalla ”kyllä” on potilaan painehaavariski noussut. Huttusen (2005, 143–144) mukaan värin viestinnällinen merkitys syntyy, kun se esiintyy usein tietyissä käyttötilanteissa. Myöhemmin väri koetaan tuttuna ja sen avulla mahdollistetaan nopea havaitseminen. Pu-

nainen on värinä merkittävin ihmisen aistimista väreistä, koska silmän verkkokalvon tappisoluista suurin osa on herkkiä punaiselle valolle. (Huttunen 2005, 143 – 144.) Punainen pohja kiinnittää siis käyttäjän huomion ja luo miellelyhtymän vaarasta tai varoituksesta. Taulukkoon oikealle puolelle vihreälle pohjalle on koottu kysymyksiä ja toteamuksia, joihin vastaamalla ”kyllä” ei potilaan painehaavariski ole noussut. Vihreä pohja luo myönteisemmän miellelyhtymän punaiseen verrattuna, eikä välitä vaaran tunnetta.

Punainen ja vihreä sarake on lisäksi nimetty tekstimuodossa kyseisten sarakkeiden yläpuolelle, koska olemme halunneet huomioda myös mahdolliset taulukon käyttäjien poikkeavat värinäöt, esimerkiksi punavihersokeuden. Kysymysmuotoinen sisältö valittiin yhteistyökumppanin toiveesta. Taulukko sisältää suhteellisen paljon tekstiä, mutta taulukossa käsitellyn aiheen luonne ei mahdollista lyhyitä ja yksiselitteisiä lauseita. Kysymykseen on haluttu sisällyttää esimerkkejä, jotka helpottavat kysymykseen vastaamista ja arvioinnin tekemistä.

Taulukon alle on koottu ohjeistus lihavoidulla tekstillä, miten kysymykseen vastaamista tulee tulkita. Ohjeistuksen alla on arviointitaulukon käyttäjälle lisätty huomautus siitä, ettei painehaavojen riskiarviointitaulukko yksinään riitä riskin arviointiin, vaan myös ihoa tulee tarkkailla säännöllisesti. Tämä muistuttaa käyttäjää kliinisen tutkimisen tärkeydestä. Sivun alalaidassa muistutuksen jälkeen on ohjeistus mittarin kääntöpuolella olevista tarkemmista painehaavan riskitekijöiden tiedoista. Kääntöpuolelle on luotu samat pääotsikot lihavoituna, joiden alle on koottu lisää taulukon sisältöä tukevaa tietoa painehaavojen riskitekijöistä. ”Muuta huomioitavaa”- otsikon alle on taulukon kysymysten sisällön lisäksi kirjattu tieto ikääntymisen vaikutuksesta painehaavojen riskiin.

Sekä taulukon että sen kääntöpuolella oleva tekstin fontti ”Arial” ja fonttikoko taulukon nimessä on 16 ja muussa tekstissä 11. Tekstin väri kaikissa sarakkeissa on musta. Huttunen (2005, 143–144) mukaan taustaväri ja tekstin tummuuserolla on merkitystä tekstin luettavuuteen. Teksti näkyy sitä paremmin, mitä isompi tummuusero taustavärillä ja tekstillä on. Pienellä fontilla kirjoitettu teksti huonosti erottuvaa taustaväriä vasten tekee lukemisesta jopa mahdotonta. (Huttunen 2005, 143–144.)

Taulukko on suunniteltu olevan A4 kokoinen, jotta taulukon teksti pysyy selkeänä ja helppolukuisena. Heikkonäköisille fonttikoko voi olla liian pieni, mutta suuremman fontin käyttäminen tarkoittaisi todennäköisesti taulukon koon suurenemista A3 kokoiselle

paperille. Näin suuri paperi olisi epäkäytännöllisen suuri sekä käyttää että säilyttää. A4 kokoisena taulukko mahtuu hyvin esimerkiksi kotihoidon kansion väliin, josta yleensä löytyy myös muita kotihoidon palveluihin liittyviä asiapapereita. Laminoituna riskiarvio-
taulukko pysyy siistinä ja sen pystyy tarvittaessa pyyhkimään puhdistusaineella.

5 POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tutkimus vaatii, että tutkimustyössä on noudatettu huolellisuutta ja tarkkuutta, kunnioitettu muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viitattu heidän töihinsä asianmukaisella tavalla. Suomen ammattikorkeakoulut noudattavat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistusta hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja eettisestä toiminnasta. Piittaamaton ja vilpillinen toiminta loukkaa hyvää tieteellistä käytäntöä ja voi pahimmillaan mitätöidä saadut tutkimustulokset. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6, 8.) Tutkijan on oltava rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimustyössään ja tutkimustuloksia esittäessä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tutkijan johdonmukaisuus tutkimuksensa tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten hallinnassa. (Vilka 2015, 42.)

Lähdekritiikki on tärkeää kerätessä lähdeaineistoa opinnäytetyöhön, jotta käytetty aineisto olisi uskottavaa, tuoretta ja laadukasta. Alkuperäisten julkaisujen käyttäminen on suotavampaa kuin toissijaisten lähteiden käyttäminen, koska tekstin kirjoittaminen uudelleen on tulkintaa alkuperäisestä tekstistä. Lähteiden määrän sijaan niiden laatu ja soveltuvuus ovat toiminnallisessa opinnäytetyössä keskeisessä osassa. (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73, 76.) Lähteiden sisällön ymmärtäminen ja niiden oikeanlainen käyttö tukevat hyvää tieteellistä käytäntöä (Vilka 2015, 43).

Kirjallisessa raportoinnissa keskeisiksi aiheiksi nousivat painehaavojen syntymekanismi, painehaavojen riskitekijät ja ennaltaehkäisy sekä kotihoidon ja kotisairaanhoidon määrittely. Näistä aiheista löytyi runsaasti tutkittua tietoa ja yleisesti hyväksyttyjä ja luotettava pidettäviä tietolähteitä. Raportissa käytetyt lähteet ovat pääsääntöisesti korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja opinnäytetyön aloitusvuodesta laskien. Yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä on yhteensä neljä kappaletta, joista kaksi lähdetä sisältävät teoriaa arvioinnista ja arvioinnin käsitteestä, joka tietona pysynee ajattomana. Lähteisiin on viitattu Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeiden mukaisesti. Systemaattisesti kirjatut viitteet ja lähteiden selkeys lisää raportin luotettavuutta ja toistettavuutta, kun tieto on helposti haettavissa uudelleen. Suurin osa lähteistä on internetistä,

mikä toisaalta voi mahdollistaa mahdollisimman ajantasaisen tiedon saamisen verrattuna painettuun tekstiin.

Opinnäytetyömme aiheen näkökulma painottuu kotihoitoon, mikä on hoitotyössä vähän tutkittu näkökulma. Lähteistä olemmekin poimineet mahdollisesti kotihoidon ympäristöön soveltuvaa tietoa. Olemme työskennelleet kotihoidossa ja pystyneet omiin kokemuksiimme pohjautuen rajaamaan tai poimimaan kotihoitoon soveltuvaa tietoa. Toisaalta kokemuksemme ovat subjektiivisia, eivätkä siis voi edustaa kaikkien lähi- tai sairaanhoitajien näkökulmaa kotihoidossa. Opinnäytetyömme luotettavuutta heikentävät myös kansainvälisten lähteiden ja tutkimuksien vähäinen määrä ja tuotoksen testaamattomuus kotihoidossa.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämisedotukset

Tampereen kaupunki antoi toimeksiannon liittyen painehaavojen ennaltaehkäisyyn kotihoidossa. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi painehaavojen riskitekijöiden riskiarviotaulukko, jonka avulla kotihoidon työntekijät voivat arvioida asiakkaan painehaavan riskitekijöiden esiintymistä. Riskiarviotaulukon sisältö perustuu tutkittuun tietoon painehaavojen yleisimmistä riskitekijöistä, joita voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi. Riskiarviotaulukossa on käsitelty myös perussairauksia, joiden syntyyn ei aina voida vaikuttaa. Toisaalta näiden sairauksien hoitotasapainoa korjaamalla voidaan vähentää riskiä saada painehaava. Tuotoksen taulukkomuoto on valittu muiden kansainvälisten painehaavan riskiluokitusmittareiden rakenteisiin perustuen, joten taulukkomuotoisen rakenteen voidaan olettaa olevan toimiva myös käytännössä.

Riskiarviotaulukko on koottu niin, että myös kotihoidon asiakkaat ja heidän omaisensa pystyvät käyttämään taulukkoa. Taulukossa käytetyssä tekstissä ei ole käytetty termejä, joita vain terveydenalan koulutuksen käynyt voisi ymmärtää. Tekstissä on myös annettu esimerkkejä kysymyksiin liittyen, jotta kysymykset konkretisoituisivat. Riskiarviotaulukon kääntöpuolella oleva täsmennys riskitekijöistä tuo lisätietoa painehaavojen riskitekijöistä niin hoitohenkilökunnalle kuin asiakkaille ja omaisille. Opinnäytetyön teoreettisissa lähtökohdissa vastataan opinnäytetyön tehtäviin painehaavojen riskitekijöistä, niiden ennaltaehkäisystä ja kotihoitoon suunnatusta riskiarviotaulukosta.

Painehaavojen riskiarviointitaulukko kiinnittää työntekijöiden, asiakkaan ja omaisten huomion painehaavojen riskitekijöihin ja johtaa parhaimmillaan ennaltaehkäiseviin toimiin. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä tuotos ja olemmekin pystyneet tuottamaan tutkittuun tietoon pohjautuvan ja työn toimeksiantajan toiveisiin perustuvan tuotoksen. Olemme siis täyttäneen opinnäytetyöllemme asetetun tarkoituksen luomalla painehaavojen riskiarviotaulukon kotihoitoon.

Tuotoksen hyödyllisyys ja toimivuus tulee esille vasta silloin, kun sitä käytetään kotihoitossa. Kotihoidon työntekijät, asiakkaat ja omaiset voivat löytää kehittämistä vaativia tekijöitä käytön yhteydessä. Riskiarviotaulukossa esiintyvien puutteiden korjaaminen vaikuttaa sekä tuotoksen käytön helppouteen, että luotettavuuteen. Esimerkiksi jos tuotoksen kysymyksissä esiintyy tulkinta-eroja, voi tämä johtaa väärin arvioituun painehaavariskiin. Tavoite tiedon lisäämisestä kotihoidon työntekijöille, kotihoidon asiakkaille ja heidän omaisilleen jääkin toisaalta vahvistamatta, koska riskiarviotaulukkoa ei ole koe-käytetty. Toisaalta tuotoksen teoriaan perustuva pohja luo edellytyksiä tiedon lisäämiselle painehaavojen riskitekijöihin liittyen.

Painehaavojen riskiarviotaulukon käyttöä voitaisiin myös tulevaisuudessa tutkia, esimerkiksi miten hyvin taulukko soveltuu kotihoidon ympäristöön tai mikä on taulukon käyttöasteen ja painehaavojen syntymisen välinen yhteys. Toisena kehittämis ehdotuksena on tuotos, jossa keskityttäisiin painehaavojen ennaltaehkäiseviin toimiin. Lisäksi voitaisiin tehdä opas tai suunnitella koulutus, jossa lisättäisiin kotihoidon työntekijöiden tietoa painehaavoista, niiden riskitekijöistä ja ennaltaehkäisystä.

LÄHTEET

Alaraajojen laskimovajaatoiminta. 2016. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 16.05.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi05030>

Arviointi sosiaalipalveluissa – Katsaus arvioinnin peruskysymyksiin. Stakes. 2001. Luettu 27.09.2017.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75416/Ty%C3%B6pape-reita32001.pdf?sequence=1>

Diabetes. 2016. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärien yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 16.05.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50056#NaN>

Eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu. 2012. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Urologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 16.05.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi11010>

Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto (EPUAP). n.d. Ravitsemussuositukset painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Luettu 27.03.2017. <http://shhy.fi/site/assets/files/1042/ravitsemussuositukset.pdf>

Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.). 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen, S., Jyrkämä, J., Muurinen, S., Räsänen, R. & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Iäkkäiden toimintakyky: suositukset, menettelyta-paohjeet ja yhteenvedot. Päivitetty 09.06.2011. Luettu 15.05.2017.

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus_S004_110609.pdf

Groop, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Teoksessa Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden ELSE-projektiryhmä (toim.) Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus- projektin julkaisu nro 1. Luettu 29.09.2017. Tallennettu 29.09.2017.

Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Hannuksela, M., Peltonen, S., Reunala, T. & Suhonen, R. (toim.) 2011. Ihotaudit. 2., uudistettu painos. Helsinki: Oy Duodecim

Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) 2013. Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Oy Duodecim.

- Hietanen, H. 2016. Painehaavojen ehkäisy. Sairaanhoidajan tietokannat. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 26.05.2017.
<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Päivitetty 14.05.2017. Luettu 14.05.2017.
<http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>
- Huttunen, M. 2005. Värit pintaa syvemmmältä. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito 4., uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy.
- Ikäihmisten palvelujen lautakunta. 2016. Kotihoidon palvelujen myöntämisen kriteerit ikäihmisten palveluissa. Tampereen kaupunki. Julkaistu 20.02.2013. Päivitetty 12.03.2014 ja 31.08.2016. Luettu 16.05.2017.
<http://www.tampere.fi/tiedostot/k/fIjBHB48x/16622891435673163.pdf>
- Juutilainen, V., Hietanen, H. (toim.) 2012. Haavanhoidon periaatteet 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kataja, M. 2015. Painehaavat jäävät usein tunnistamatta. Sairaanhoidajat. Luettu 02.08.2017.
<https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/painehaava-jaa-usein-tunnistamatta/>
- Kortekangas-Savolainen, O. & Rantanen, T. 2016. Painehaavat. Suomen Lääkäriseura Duodecim, Oppiportti. Luettu 14.05.2017.
<http://www.oppiportti.fi/op/ger02008/do#q=painehaava>
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010)
- Lihavuus (aikuiset). 2013. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 16.05.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi24010>
- Lumio, J. 2016. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 27.5.2017.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313
- Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.). 2004. Terveyspalveluiden suunnittelu. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- NHS. 2017. Pressure ulcers (pressure sores). Päivitetty 10.05.2017. Luettu 18.09.2017.
<http://www.nhs.uk/conditions/Pressure-ulcers/Pages/Introduction.aspx>
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Paakkari, P. 2015. Astmalääkkeet. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 16.05.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00910

Posthauer, M. E., Banks, M., Dorner, B. & Schols, J. 2015. The Role of Nutrition for Pressure Ulcer Management: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance White Paper. *Advances in Skin & Wound Care*: 28(4): 175–188. Luettu 22.10.2017.

http://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2015/04000/The_Role_of_Nutrition_for_Pressure_Ulcer.7.aspx

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2009. Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille 7. uudistettu painos. Helsinki: Dieettimedia Oy.

Riikola, T., Ahoniemi, E. & Malmivaara, A. 2013. Selkäydinvamma. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 20.10.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00028#s9

Riikola, T., Lepänaho, M. & Venermo, M. 2010. Alaraajojen tukkiva valtimotauti huonontaa jalkojen verenkiertoa. *Terveyskirjasto*. Luettu 18.5.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00093

Suomen haavanhoitoyhdistys ry. 2011. Painehaavahelpperi. Luettu 10.11.2016.

<http://www.hotus.fi/system/files/Painehaavahelpperi.pdf>

Suomen haavanhoitoyhdistys ry. 2014. Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksista. Luettu 18.11.2016.

<http://www.shhy.fi/site/assets/files/1043/finnish-guideline-jan2016.pdf>

Soppi, E. 2010. Painehaava- esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2010; 126 (3) 261-8. Luettu 5.11.2016.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo98591.pdf>

Soppi, E. 2014. Painehaavojen ehkäisyyn pitää panostaa. *Potilaan lääkärilehti* 46/2014. Luettu 10.5.2017.

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/painehaavojen-ehkaisyyn-pitaa-panostaa/>

Soppi, E. 2016. Painehaavan ehkäisy ja hoito. *Lääkärin käsikirja*. Luettu 18.5.2017.

<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti>

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301

Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d. Kotihoito ja kotipalvelut. Luettu 11.11.2016.

<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Tampereen kaupunki. 2016. Selvitys kotihoidon asiakastyytyväisyydestä. Luettu 26.09.2017.

https://www.tampere.fi/tiedostot/EZaK4Q33z/Kotihoidon_asiakastyytyvaisuus_2016_LOPULLINEN.pdf

Terminologian tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Tulostettu 10.11.2016

http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326

Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Ikääntyminen. RAI-vertailukehittäminen – RAI-järjestelmän mittareita. Päivitetty 16.06.2016. Luettu 22.10.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita>

Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015. Luettu 24.11.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130786/Tk08_16.pdf?sequence=1

Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Päivitetty 13.08.2015. Luettu 26.09.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Luettu 12.9.2017.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vierimaa, H. & Laurila, M. 2011. Kehä. Anatomia ja fysiologia. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virtsankarkailu (naiset) 2011. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynäkologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 16.05.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50050>

Wake, W. 2010. Pressure Ulcers: What Clinicians Need to Know. The Permanente Journal Summer; 14(2): 56–60. Luettu 28.09.2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912087/>

LIITTEET

Liite 1. Painehaavan riskitekijöiden arviointitaulukko kotihoidossa

1 (2)

| Painehaavan riskitekijöiden arviointitaulukko kotihoidossa | | |
|--|--|--|
| | Punainen sarakke | Vihreä sarakke |
| Fyysinen aktiivisuus ja liikkuntakyky <ul style="list-style-type: none">- Asennon vaihtaminen- Paineen kohdistuminen | Onko liikkuntakyky rajoittunut (esim. liikkuminen pyörätuolilla, hermovamma, aivohalvaus)? Kuluuko suurin osa valvellaoloajasta istuen/maaten? Tarvitseeko avustusta siirtymisessä? | Liikkuuko itsenäisesti ilman apuvälinettä tai apuvälineen (roliaattori/kävelykeppi) kanssa? Tekeekö omatoimisesti arjen askareita, esimerkiksi pesee pyykkiä, käy kaupassa? |
| Ravitsenus <ul style="list-style-type: none">- Vajaa ravitsenusriski | Onko ruokahalu huonontunut ja/tai onko ravinnonsaanti vähentynyt terveystilasta syistä (esim. puremis- ja nielemisvajeuksien, muistisairauden takia) viimeisen kolmen kuukauden aikana? Kiellettyvykö tarjottua ruokaa tai vaikuttaako siltä, ettei syö kotihoidon käyntien välillä ruokaa itsenäisesti (esim. jääkaapin sisältö ei vähene, ruokaa roskiksessa) Onko tahatonla laihumista viimeisen kuukauden aikana 1-3 kg tai enemmän? | Kokeeko ruokahalunsa hyväksi ja maistuuko ruoka yleensä hyvin? Syökö monipuolista ruokaa (sisältäen liha- ja maitotuotteita) vähintään 4 kertaa vuorokaudessa? |
| Ihon kosteus <ul style="list-style-type: none">- Virtsan/ulosteen-pidätysongelmat- Hikoilu | Onko virtsan/ulosteenpidätysongelmia? Tuleeko esim. virtsaa ja/tai ulostetta alusvaatteisiin/housunsuojiin/vaippaan toistuvasti? Onko iho usein kostea niin, että vaatteita täytyy vaihtaa päivän aikana useamman kerran (esim. runsas hikoilu)? | Ei virtsan/ulosteenpidätysongelmia Vaihtaa/vaihdetaan vaatteita ja petivaatteita tavanomaisin välein |
| Muuta huomioitavaa <ul style="list-style-type: none">- Perussairaudet- BMI- Haavat | Onko yksi tai useampi perussairaus, joka ei ole hoitotasapainossa (esimerkiksi diabetes, dementia, asima)? Onko painoindeksi yli 30 kg/m²? Onko ollut aikaisemmin tai onko tällä hetkellä pitkäaikaisia (kroonisia) haavoja tai painehaavoja? | |

Yksikin "kyllä" vastaus punaisen sarakkeen sisällä kertoo painehaavariskin kohoamisesta. Vihreiden sarakkeiden sisällä vastatut "kyllä" vastaukset kertovat, ettei painehaavariski ole kohonnut.

Painehaavojen riskiarviointitaulukko ei yksinään riitä painehaavariskin arviointiin tai ennusta täysin riskiä saada painehaavaa, iho tulisi aina tarkastaa säännöllisesti ihomuutoksien huomaamiseksi.

Kääntöpuolella on selitetty tarkemmin painehaavojen riskitekijöitä, joihin tulisi kiinnittää huomiota painehaavojen ennaltaehkäisyyn kannalta.

(jatkuu)

2 (2)

Fyysinen aktiivisuus ja liikkuvuus: liikkumattomuus on suurin altistava tekijä painehaavoille. Liikkumattomuuden taustalla voi olla akuutti vamma tai pitkäaikainen sairaus.

Tuntohäiriöt (esimerkiksi neuropatiassa tai hermovammassa) altistavat painehaavojen synnylle, koska ihminen ei tunne kudokseen kohdistuvaa painetta ja kipua, eikä näin ollen vaihda asentoa automaattisesti helpottaakseen painetta.

Kun paine kohdistuu liian kauan jollekin ihoalueelle, ihon verenkierto huononee ja iho ei saa tarvitsemaansa happea.

Myös ihon venytys ja kitka altistavat painehaavojen synnylle. Ihon venymistä ja kitkaa voi olla esimerkiksi tilanteissa, joissa asiakas siirtyy liukumalla alustalla paremman asennon saavuttamiseksi.

Ravitsemus: huono ravitsemuksellinen tila voi vaikuttaa kudoksen kestävyYTEEN, joten heikko ravitsemus ja vajaaravitsemus nostavat painehaavan riskiä. Tahaton painonlasku on yksi vajaaravitsemuksen merkki. Vajaaravitsemusta tai heikkoa ravitsemusta epäiltäessä on syytä arvioida ravitsemustilaa.

Ihon kosteus: pikittynyt kosteus iholia heikentää ihon suojaavaa pintarakennetta, mikä altistaa haavaumille, infektiolle ja lisää kitkaa. Virtsa ja uloste sisältävät ihoa voimakkaasti ärsyttäviä kemikaaleja.

Muuta huomioitavaa: aikaisemmat ja tämän heikiset pitkäaikaiset haavat sekä painehaavat lisäävät uuden painehaavan synnyttämisen riskiä. Sydän- ja verenkierron sairaudet (esim. alaraajojen valtimotautisairaudet, sydämen vajaatoiminta) ja keuhkosairaudet heikentävät kudoksen verenkiertoa ja kudosten hapen saantia, mikä altistaa painehaavoille.

Diabetes, jossa verensokeri on toistuvasti korkea johtavat kudoksen huonoon happeutumiseen, lisää virtsaneritystä ja altittuuta ihon kosteuden lisääntymiselle, painon laskemiselle ja tulehdusriskille.

Ylipaino lisää riskiä saada liitännäissairauksia (tyypin 2 diabetes, astma, tukki- ja liikuntaelinsairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet), jotka vaikuttavat alentavasti kudosten happeutumiseen, liikkumiseen ja toimintakykyyn. Rasvakudoksessa on vähän verisuonia, mikä altistaa verenkierrollisille häiriöille. Suuret ihopoinnut voivat painua toisiaan vasten, mikä lisää painetta ja venytystä kudoksessa.

Ikääntymisen myötä iho ohenee, kuivu, haurastuu ja löysyy. Kehon koostumus muuttuu ikääntymisen myötä: ihonalaisen rasvakerroksen ohenee ja lihassmassa vähenee, mikä lisää riskiä saada ihovaurioita. Yli 70-vuotiailla on todennäköisemmin liikkumisongelmia. Yli 70 % painehaavoista syntyy yli 65-vuotiaille todennäköisesti sekä iän tuomien muutosten myötä että muiden painehaavoille altistavien tekijöiden vuoksi.